

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

253

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri COULÉON

Interne des Asiles de la Seine

Né le 21 juin 1907 à Villaines (Indre-et-Loire)

LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE

ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri COULÉON

Interne des Asiles de la Seine

Né le 21 juin 1907 à Villaines (Indre-et-Loire)

LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE

ÉTUDE CLINIQUE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie,

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
HARVIER.....		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de clinique des maladies mentales
A la Faculté de Médecine de Paris

Hommage de ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET A L'HOPITAL DE TOURS

*Où nous fûmes interne et
prosecteur.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES MAITRES

LE PROFESSEUR L. N. LAPEYRE

LE DOCTEUR BOSC

*Dont nous eûmes l'hon-
neur d'être l'interne.*

AU PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie de Tours.

AU DOCTEUR DENOYELLES

A MES MAÎTRES
DANS LES ASILES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR XAVIER ABÉLY

*Qui nous inspira cette
thèse et que nous remercions
de ses précieux conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGUES DE FURSAC

En hommage de reconnaissance pour son enseignement et sa bienveillance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL ABÉLY

Qui nous initia à la psychiatrie.

INTRODUCTION

Il peut paraître présomptueux de vouloir, dans un travail inaugural, apporter une contribution originale à une question que des auteurs éminents ont longuement étudiée et qui est devenu classique. Aussi bien telle n'est pas notre prétention. Nous avons simplement constaté que, depuis la fin de la guerre, le nombre de travaux consacrés en France à ce problème nosologique était assez restreint. Cependant à l'étranger des articles importants étaient publiés, enrichissant la question de détails cliniques intéressants, multipliant surtout les formes aux dépens parfois, il faut bien le dire, de la clarté et de l'unité que d'autres auteurs avaient essayé d'établir. Il nous a donc semblé qu'une revue générale, faisant le point des connaissances et des opinions actuelles ne serait peut-être pas inutile. Toutefois il nous faut, en tête de ce travail, rendre un hommage tout particulier aux nombreux articles de Halberstadt qui nous a fait connaître les travaux étrangers et a apporté une contribution personnelle à cette question dont il est un spécialiste. Poursuivant parallèlement, depuis plusieurs années, l'observation d'un grand nombre de

mélancolies préséniles dans les services de femmes où nous avons accompli notre Internat, nous constatons que plusieurs de nos remarques concordent avec celles relatées dans ses articles les plus récents. Il y a là, pour nous, un encouragement à poursuivre un effort clinique que la conscience de notre jeune expérience affaiblissait parfois de quelque doute. Les conseils, les avis que nous demandions à nos maîtres montraient aussi que les divergences d'opinion étaient loin d'être aplanies. La place nosologique de la mélancolie présénile est encore fort discutée. Chaque thèse a toujours ses partisans convaincus. Kraepelin considérerait le groupe des psychoses préséniles comme « peut-être le plus obscur de toute la psychiatrie ». Il y a encore beaucoup de vrai dans cette assertion. Ajoutons que les études poursuivies ces dernières années sur le rôle des glandes endocrines, du système vago-sympathique, les recherches anatomo-pathologiques sur les centres cénesthésiques, végétatifs, affectifs ont apporté des notions extrêmement intéressantes qui trouveront une application prochaine à la pathogénie des mélancolies préséniles.

Dans un court chapitre historique nous résumerons les connaissances classiques sur les états dépressifs de la présénilité. Nous ne prétendons pas faire une étude complète d'une question aussi vaste. Notre but est plus restreint. Il consiste simplement à synthétiser les notions nouvellement acquises en ces dernières années.

LIMITATION. DÉFINITION

Dans une telle étude, où il faut apporter de la clarté, la nécessité qui s'impose tout d'abord est de bien délimiter le sujet. A la lecture de plusieurs auteurs on s'aperçoit qu'ils parlent de malades fort différents. D'où la confusion des idées et l'impossibilité de s'entendre. Sans vouloir entrer immédiatement dans le vif du sujet, disons tout de suite que la mélancolie présénile nous paraît avoir une physionomie clinique et une place nosologique très spéciales.

Signalons en premier lieu que tout accès dépressif chez une présénile n'est pas forcément une mélancolie de la présénilité. Il en est ainsi chez bien des intermittents qui peuvent, jusqu'à un âge avancé, présenter des accès de dépression. L'âge imprime peut-être quelques particularités à ces accès, mais n'en modifie pas profondément le tableau clinique. Pour éviter toute discussion sur ce point nous avons rejeté tous les cas qui auraient été précédés, à une époque quelconque de la vie, d'un accès de dépression franche ou de manie, serait-il unique. Nous avons éliminé toutes les observations dans lesquelles la dépression est associée à des signes démentiels. Nous avons

même exclu tous les cas où l'affaiblissement intellectuel est léger ou partiel, ainsi que ceux qui sont associés à des signes de lésion en foyer ou qui relèvent d'une artério-sclérose cérébrale plus ou moins étendue. Tous ces cas de démence organique bien étudiés depuis quelques années dans leurs formes variées, s'accompagnent d'états dépressifs divers mais fort différents de la mélancolie affective de la présénilité. La présence de symptômes démentiels ou pseudo-démentiels a donné lieu, en effet, à des controverses, dictées surtout par des considérations théoriques nosologiques sur la place à donner à la mélancolie présénile dans la classification des maladies mentales et sur sa nature même. Pour éviter toute contestation sur ce point nous avons donc éliminé les cas où l'existence d'un affaiblissement psychique pouvait être soupçonnée. Au chapitre de l'évolution nous étudierons toutefois la marche possible de ces états vers un état démentiel qui modifie d'ailleurs le tableau clinique. Nous pensons enfin qu'il ne faut pas retenir les cas de dépression très légère. Ils ne sont parfois que de simples modifications psychologiques de l'humeur ou du caractère, quasi-normales à un certain âge. Il faut même, croyons-nous, faire une classe à part, qui n'entre pas dans notre cadre, de ces états dits neurasthéniques ou psychasténiques que l'on peut rencontrer à la présénilité. Le tableau clinique est aussi différent à l'âge de l'involution entre la neurasthénie et la mélancolie, qu'il l'est chez l'adulte et dans la jeunesse. Certains pourraient soutenir qu'il

s'agit là, à tout âge, d'une maladie identique. Sans vouloir prendre parti nous pensons que ce serait compliquer un problème déjà complexe et entraîner un supplément inutile de controverses possibles.

HISTORIQUE

C'est un médecin peu connu, Krakauer qui, le premier, en 1884, décrit comme une maladie particulière la mélancolie des femmes survenant après la ménopause. Kraepelin, en 1896, décrit une « mélancolie d'involution » qu'il différencie de la mélancolie des jeunes. En 1899, ce même auteur, après avoir fait entrer la manie et l'ancienne mélancolie dans le cadre de la « folie maniaque dépressive », déclarait qu'il ne concevait plus qu'une seule forme de mélancolie autonome, la mélancolie d'involution ou mélancolie présénile. Cette opinion fut soutenue par Gaup, Sérieux, Capgras. Elle fut vigoureusement combattue par un auteur danois, Thalbitzer, qui faisait de la mélancolie présénile une forme clinique de la psychose maniaque dépressive. La thèse de Thalbitzer fut défendue par Koelpin, puis, en France, par Rogues de Fursac. Ses idées sont reprises, en 1907, par un élève de Kraepelin, Dreyfus, dans son livre : « La mélancolie, manifestation de la folie maniaque dépressive. » Dans la préface de cet ouvrage, Kraepelin reniait sa conception première de la mélancolie présénile et, en 1909, il la confondait avec la psychose

maniaque dépressive. Toutefois certains auteurs n'acceptèrent pas ce renoncement. L'entité clinique de la mélancolie présénile fut soutenue par Deny et Camus, Gaussen dans sa thèse remarquable, Albrecht, Dide et Guiraud. A la faveur de cette discussion, de nombreux travaux portant surtout sur ses formes cliniques et son évolution, vinrent enrichir nos connaissances sur la mélancolie présénile. Rehm, en 1910 décrit le délire mélancolique fantasque. Halberstadt et Arsimoles, en 1913, rappellent que certains états préséniles « après une période de dépression et de négativisme » évoluent vers l'affaiblissement intellectuel. Medow, en 1921, décrit une forme « figée » de mélancolie d'involution. Paul Abély, en 1923, a consacré sa thèse à l'étude des terminaisons de la mélancolie. La même année, Oksala insiste sur les analogies de certaines formes de mélancolie présénile avec la catatonie tardive. Lhermitte et Nicolas, en 1924, dans un article paru dans l'*Encéphale*, parlent des formes démentielles pernicieuses de la prédécadence sénile. En 1927, Van der Scheer décrit une forme particulière qu'il appelle « Dysphrénie antotonique », Ljusternik, en 1928, Grenthal et Rewak, en 1929, étudient les aspects cliniques et les modes de terminaison de la mélancolie présénile.

En France, depuis quelques années, c'est surtout Halberstadt qui s'est consacré à l'étude de cette affection. Signalons, en outre, le rapport de R. Anglade sur « les psychoses périodiques tardives » au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et

des pays de langue française, à Bordeaux, en 1931. Au cours de la discussion, le professeur Henri Claude insista sur la différence des caractères cliniques de la psychose-maniaque-dépressive et des états maniaques ou mélancoliques tardifs primitifs, et sur le pronostic sévère de ces derniers.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

On connaît les éléments étiologiques indiqués par tous les auteurs : l'âge, l'involution, l'artério-sclérose, la ménopause, les diverses toxi-infections ayant frappé l'individu au cours de son existence. Le rôle de ces facteurs ne saurait être mis en doute. Leur importance est cependant de valeur fort différente et parfois même discutable. Il semble bien en tout cas que, si leur rôle est nécessaire, il ne saurait être tenu pour suffisant ; même lorsque toutes ces causes se trouvent réunies, la mélancolie n'en résulte pas fatalement.

La ménopause n'est qu'exceptionnellement accompagnée de grande dépression. La ménopause chirurgicale, pratiquée même assez tardivement, provoque rarement un état mélancolique net. Parmi nos malades plusieurs ont franchi le cap de la ménopause et ne devinrent mélancoliques que beaucoup plus tard. Il y a là une sorte de démonstration de ce fait, que la suppression de la sécrétion ovarienne ne peut suffire. On cite des cas où l'involution et la dépression sont survenues alors que la ménopause n'était pas encore établie.

Les toxi-infections sont les causes banales de cette « rouille de la vie » qui aboutit aux lésions atrophiques et vasculaires de la sénescence et se confondent avec elles.

L'artério-sclérose se rencontre fréquemment au moment de la présénilité. Mais on peut voir des mélancolies préséniles ne présenter aucun signe d'artério-sclérose. Sa localisation sur le cerveau lui-même détermine des syndromes bien individualisés, précisés par les études poursuivies en ces dernières années et qu'il y a lieu de séparer des psychoses dues à l'involution proprement dite.

De tous les facteurs classiquement invoqués il y a lieu de retenir presque exclusivement l'involution présénile. On ne saurait fixer l'âge d'apparition de cette involution. Il est extrêmement variable. De plus, lorsque les stigmates involutifs sont évidents, lorsque les signes de la vieillesse sont même très marqués, on peut ne pas constater la moindre dépression psychique. Des vieillards de quatre-vingts, quatre-vingt-dix ans et plus peuvent ne présenter aucun signe de mélancolie. Les lésions atrophiques généralisées peuvent progresser inexorablement, sans manifestations anxieuses. La démence sénile, même à son stade initial, s'accompagne plus d'indifférence affective que de tristesse. En somme, la sénescence, qu'elle soit généralisée ou qu'elle atteigne plus spécialement le cerveau, ne saurait expliquer entièrement la mélancolie présénile. Elle peut provoquer des syndromes préséniles très variés, notamment des syndromes déli-

rants. La question est de savoir pourquoi chez certains sujets ce processus très général provoque exclusivement un état mélancolique anxieux. A l'élément, essentiel sans doute, de l'involution, il faut ajouter d'autres facteurs indispensables. Nous croyons que l'on peut mettre en relief trois éléments importants : la prédisposition, le rôle des glandes endocrines, la localisation anatomique.

PRÉDISPOSITION. — 1) *Prédisposition héréditaire.* — L'hérédité psychopathique est peu fréquente. On a pu parfois observer l'hérédité similaire. C'est le cas d'une de nos malades (mère et deux sœurs mélancoliques au même âge ; les deux filles de caractère soucieux craignent déjà la même évolution). Dans ces cas héréditaires, le système nerveux paraît évoluer d'une façon absolument analogue.

2) *Prédisposition constitutionnelle.* — C'est l'opinion de Anglade, Jakobi, Halberstadt. Notre expérience personnelle confirme l'existence très fréquente d'une constitution soucieuse, émotive, moins marquée toutefois que la grande constitution émotive, obsessionnelle de Dupré.

3) *Prédisposition acquise.* — Dans les antécédents personnels de nos malades, nous notons la fréquence des chocs moraux successifs, avant même l'âge critique. Ces chocs sont d'autant plus fortement ressentis qu'ils agissent sur une constitution émotive.

Ces sujets semblent avoir une sensibilité toute particulière de leur système affectif (centres encéphaliques sensitifs, complexes neuro-végétatifs présidant aux émotions).

M^{me} M... a eu une enfance particulièrement malheureuse entre un père buveur et une mère impotente, qui mourut dans ses bras. Elle se marie à vingt ans, trois ans après la mort de sa mère, afin d'échapper aux mauvais traitements de la nouvelle femme de son père. Son mari, d'un caractère extrêmement sombre, était épileptique. Ce fut pour elle une surprise affreuse.

Ses crises étaient fréquentes, surtout la nuit. Elle le soutenait afin qu'il ne s'asphyxie pas dans les oreillers. Elle passa désormais son existence à le soigner, le surveiller, dans l'appréhension continuelle d'un accident possible, d'autant plus qu'il manifestait des idées de suicide. Enfin, las de la vie, son mari s'empoisonne avec de l'aconit et meurt devant sa femme terrifiée. Elle avait 30 ans. Trois ans après le décès de son mari, son unique frère, pour qui elle avait une très grande affection, se noie accidentellement. Très impressionnée par cette suite d'événements pénibles, désormais sans famille, elle est obligée de travailler et se surmène pour gagner sa vie.

M^{me} D..., d'un premier mariage a eu trois enfants. Le premier est mort de méningite à neuf mois ; le second est mort à trois ans de tuberculose pulmo-

naire ; le dernier est tuberculeux. Son mari est mort de tuberculose après cinq ans de mariage. Elle se remarie quatre ans plus tard. Son second mari, commerçant, fait de mauvaises affaires et meurt après douze ans de mariage d'un cancer du rectum. Elle en avait eu deux enfants : une fillette morte à vingt-sept mois de méningite et une fille vivante. A la suite du décès de son mari on procède à une liquidation judiciaire et elle se trouve sans ressources. Plus tard, l'unique enfant de sa fille, pour qui elle avait une profonde affection, meurt à huit ans de méningite tuberculeuse.

M^{me} M..., orpheline à onze ans, s'est sacrifiée pour ses frères plus jeunes, tous morts actuellement. Mariée, elle eut quinze grossesses ; le premier enfant mourut à quatorze mois de la rougeole ; elle fit deux fausses couches ; deux enfants moururent peu après leur naissance ; dix enfants lui restèrent. Continuellement préoccupée, elle s'est surmenée, vivant dans une demi-misère, afin d'élever ses nombreux enfants. L'éloignement de son pays l'avait aussi beaucoup affectée.

M^{me} L... fait une fausse couche à vingt-deux ans. Par la suite elle perd ses deux enfants : un petit garçon qui se noie à dix ans en voulant sauver un camarade ; une fillette qui meurt à cinq ans d'une maladie de cœur.

M^{me} S... trouva dans le mariage une série de déceptions et de chagrins très pénibles. Son mari,

buveur et méchant, la maltraitait et la trompait ouvertement. Elle perd son unique enfant en bas-âge. Son mari, peu scrupuleux, fait une faillite frauduleuse. Elle divorce. Quelques années plus tard elle fait la connaissance d'un homme qui, après de belles promesses, devient son ami. Elle apprend bientôt qu'il est marié et que sa femme est mourante. Cette nouvelle lui apporte une immense déception et la mort de cette femme un grand remords.

M^{me} A... s'est mariée à trente et un ans. Dès lors sa vie n'a été faite que de chagrins. Son mari qui prétendait avoir une belle situation était, en réalité, criblé de dettes. Il avait une maîtresse, buvait et la rendait très malheureuse. Elle passa sa vie à payer ses dettes. Il l'a quittée il y a dix ans et laissée sans ressources avec deux enfants.

M^{me} T... avait quinze ans lorsque sa mère est morte. La seconde femme de son père la rendait malheureuse. Elle quitta la maison paternelle. Des différends d'intérêt la séparèrent plus tard de ses sœurs. Tous ces chagrins avaient assombri son caractère.

Ces sujets sont moins aptes que les autres à résister aux chocs à mesure que leur force physique et psychique diminue.

Or, l'âge critique, pour des raisons bien connues, est la période de choix des déceptions et des émotions déprimantes. Cette prédisposition affective explique

la grande fréquence de la mélancolie involutive chez la femme.

ROLE DES GLANDES ENDOCRINES. — Les sécrétions internes exercent un rôle régulateur certain, bien qu'encore imprécis, sur l'affectivité. L'hyperfonctionnement de certaines glandes doit être sans doute la base physiologique de l'hyperémotivité. Comment se comportent-elles dans la mélancolie présénile ? Il y a sans doute, pour quelques-unes, persistance d'une activité exagérée, tandis que d'autres se tarissent. On sait qu'il existe entre elles des suppléances et des antagonismes. C'est ainsi que l'hypertrophie thyroïdienne et peut-être hypophysaire peut suivre l'arrêt de la sécrétion ovarienne. La présénilité peut amener une perturbation de ces interactions glandulaires et des troubles de ce genre expliqueraient que des sujets, déjà hyperémotifs, verraient leur émotivité encore exagérée par l'âge critique. Quelques lueurs apparaissent, deci delà, dans cette obscurité. Des auteurs ont observé dans la mélancolie présénile la coexistence de lésions des glandes endocrines : corps thyroïde, surrénales, pancréas, ainsi que l'atteinte des noyaux du pneumogastrique et des ganglions semi-lunaires. Notons, à ce sujet, l'étroite interdépendance des glandes endocrines et des centres neuro-végétatifs.

LOCALISATION ANATOMIQUE. — L'anatomie pathologique est le chapitre le plus obscur de la mélancolie présénile. Le plus souvent, en effet, l'autopsie

ne peut être faite qu'à un âge où les lésions séniles sont prépondérantes. Toutefois des altérations cellulaires corticales ont été observées par certains auteurs. Kraepelin nota même un début d'atrophie cérébrale. Lhermitte et Nicolas rapprochent les formes pernicieuses de démence présénile des démences par atrophie corticale circonscrite du type Pick. Dans des cas semblables, avec dépression et troubles confusionnels, on a pu observer l'atrophie elective des circonvolutions frontales. Mais ces lésions correspondaient à des états démentiels. A la rigueur pourrions-nous admettre l'hypothèse que, dans la mélancolie présénile, certaines régions du cortex seraient plus touchées que d'autres par les phénomènes involutifs. En réalité nous ne savons rien du processus pathologique dont les cellules nerveuses pourraient être l'objet. En tenant compte de la fréquence des rémissions au cours de la maladie peut-être serions-nous fondé à incriminer, plutôt que des lésions anatomiques centrales, des troubles fonctionnels nutritifs sous la dépendance de perturbations glandulaires et neuro-végétatives. Nous avons déjà parlé des lésions observées, dans quelques cas, des glandes endocrines et des systèmes sympathique et parasympathique. Des recherches récentes ont montré les modifications importantes des échanges organiques chez les mélancoliques. Outre les insuffisances hépatiques et rénales, Nassaut, à propos de ces troubles fonctionnels, a mis en lumière la fréquence des altérations endocriniennes et du déséquilibre vago ou

sympathico-tonique et a insisté sur la solidarité probable des troubles endocriniens et neurovégétatifs. Il est classique lorsqu'on parle de la pathogénie de la mélancolie involutive, de s'étendre longuement sur les troubles cénesthésiques et leur retentissement dans la conscience du sujet. Cette mélancolie serait la conscience obscure de l'usure et de la fatigue générale de l'organisme. On a récemment incriminé les lésions scléreuses cardiaques et plus particulièrement coronariennes qui seraient une amorce importante de l'anxiété. Il est incontestable que les mélancoliques préséniles ont des idées hypocondriaques ou du moins des interprétations de leur diminution organique. On s'en tient généralement à cette notion très vague de cénesthésie troublée. La mélancolie présénile se réduit-elle à cette conscience des insuffisances viscérales ? De très nombreux malades de cet âge, ayant des lésions uni ou pluri-viscérales ne font pas de mélancolie. Pourquoi tous les préséniles et séniles ne seraient-ils pas alors mélancoliques ? Il y a une multitude de polyscléreux et peu d'anxieux.

Il y aurait donc lieu de préciser l'origine et la nature de l'anxiété des mélancoliques involutifs. Il nous paraît déjà plus rationnel de penser, avec certains auteurs, que l'atteinte primordiale porte plutôt sur le système neurovégétatif que sur les différents viscères. On a noté des lésions des ganglions sympathiques. Or, de telles lésions du système nerveux viscéral se traduisent par de l'angoisse et non de l'anxiété vraie. L'anxiété ajoute un élément psychique très

particulier. Pourquoi cet élément serait-il toujours secondaire et non primitif ? Il existe sans doute une cénesthésie proprement cérébrale, le cerveau malade souffrant pour son propre compte. Peut-être est-ce là la véritable anxiété.

Certaines maladies neuropsychiques, telles que l'encéphalite épidémique et la démence précoce, provoquent des anxiétés sans cause à l'état pur. Le cerveau possède vraisemblablement des localisations cénesthésiques, neurovégétatives, affectives, qui, chez certains sujets, peuvent être particulièrement sensibles. Une telle hypersensibilité élective, constitutionnelle ou acquise, semble se manifester chez nos malades au cours de leur existence.

Nous pensons que des centres spécialement destinés à l'affectivité seraient en cause dans la mélancolie présénile. Il semble même que l'on pourrait les localiser dans certains ganglions ou noyaux de la base encéphalique. La mélancolie présénile peut s'accompagner d'ailleurs de syndromes (diabète, cachexie) attribués à des troubles de ces régions. D'autre part, un syndrome dont le siège anatomique semble avoir avec les précédents des relations de voisinage, la maladie de Parkinson présénile, peut s'annoncer par un état de dépression anxieuse. Nous avons été amenés à rapprocher les manifestations anxieuses des phénomènes de libération. Tout se passe, dans la mélancolie présénile, comme s'il se produisait une libération des centres affectifs, livrés à eux-mêmes par le défaut de freinage, de régulation, qu'exercent

normalement les centres supérieurs. L'anxiété serait une sorte d'hypertonie affective. En somme, notre conception pathogénique de la mélancolie présénile serait la suivante :

I) Atteinte générale involutive déterminant une insuffisance du rôle inhibiteur des centres supérieurs.

II) Libération élective des centres affectifs déjà vraisemblablement sensibilisés ou, pour cette même raison, se répercute plus intensément la cénesthésie cérébrale troublée.

Ajoutons que la dysharmonie endocrinienne peut, d'une part, exalter les centres affectifs, d'autre part, ajouter au processus involutif général un élément toxique créant un état confusionnel surajouté qui aggrave l'insuffisance des centres supérieurs.

On sait, en effet, que chez des sujets non sénilisés une très forte émotion peut déclencher un état confusionnel toxique. D'autre part, nombre de confusions infectieuses s'accompagnent d'anxiété par libération probable de l'automatisme affectif.

Il resterait à dire, pour préciser notre pensée, que nous croyons que la lésion cérébrale généralisée, signature de l'involution proprement dite, est très minime, tout à fait initiale, dans la mélancolie présénile. Elle n'est qu'une amorce, par la moindre résistance qu'elle produit, des lésions toxiques surajoutées qui donnent l'illusion d'une atteinte définitive grave et qui, en fait, comme tout processus toxique, sont régressibles, reversibles, c'est-à-dire susceptibles d'amélioration, de réparation, au moins

partielle. En ces dernières années, l'étude de ces phénomènes confusionnels si fréquents au cours des démences et qui en masquent le degré véritable a été reprise de façon précise. L'étude des paralytiques généraux a été féconde à ce point de vue. De même certains mélancoliques préséniles paraissent plus affaiblis psychiquement qu'ils ne le sont en réalité et l'on est surpris de voir régresser des symptômes que l'on croyait déjà démentiels.

Par contre, ces lésions peuvent parfois se fixer, s'aggraver, devenir définitives et aboutir à la démence. Les intoxications en cause, qui représentent le grain de sable troublant un mécanisme déjà juste suffisant, peuvent reconnaître des toxi-infections diverses, la sommation d'émotions répétées, des auto-intoxications résultant d'insuffisances rénale, hépatique, le surmenage, etc.

SYMPTOMATOLOGIE

— On a multiplié les formes de la mélancolie pré-sénile, comme d'ailleurs de toutes les psychoses pré-séniles. Les auteurs étrangers surtout ont décrit une véritable poussière d'états cliniques. A leur lecture on pourrait croire qu'il n'y a dans ce domaine pathologique aucune unité. A l'inverse de cette œuvre analytique, nous voudrions surtout ici faire l'œuvre synthétique qui nous paraît indispensable.

Il est indéniable que chaque cas a sa forme clinique spéciale. Aussi ne décrirons-nous, dans cette symptomatologie générale, qu'une sorte de schéma. Sur le grand nombre d'observations recueillies nous n'avons retenu que ce qui nous paraissait le plus constant. Nous avons recherché, d'une façon en quelque sorte empirique, cette trame à front clinique typique qui nous a paru suffisamment stable pour tenter d'en donner une formule générale. Par ailleurs, à côté des signes cliniques déjà bien connus que nous ne ferons que signaler, car ils sont classiques, nous ne décrirons plus particulièrement que les signes qui nous ont paru un peu négligés jusqu'ici. En même temps, bien qu'il ne s'agisse ici que d'un chapitre

descriptif, nous essaierons de donner d'une façon très simple la signification de chacun de ces signes. Et en terminant nous essaierons de classer ces symptômes selon leur affinité clinique et même selon, peut-être, leur valeur pathogénique.

AFFECTIVITÉ. — L'anxiété est un signe constant de la mélancolie présénile. Elle s'accompagne de son cortège de symptômes psychiques et somatiques classiques. La mélancolie présénile est le type de la mélancolie affective. Plus ou moins marquée selon les cas, elle ne manque jamais. Même dans les formes atténuées de la mélancolie on la retrouve et elle peut aboutir également ici à de brusques tentatives de suicide. Dans une forme spéciale, décrite par Kraepelin et reprise par Halberstadt, elle est relativement modérée. Mais, d'une manière générale, elle est intense, entraînant une excitation considérable.

Nous ne décrirons pas en détail le tableau bien connu de l'anxiété. Résumons, en quelques mots, son retentissement dans tout le domaine psychique, apparent surtout au moment des paroxysmes.

1) Au point de vue affectif, la concentration sur les préoccupations pénibles, l'inaffectivité sur les autres points.

2) Au point de vue intellectuel, la concentration également sur les conceptions obsédantes, avec intensité des représentations mentales, d'où : illusions, hallucinations, délires ; l'affaiblissement des représentations mentales sur les autres points, avec dimi-

nution momentanée de l'attention, de la mémoire, et même obnubilation psychique intense dans les grands paroxysmes anxieux.

3) Au point de vue actif : agitation incoordonnée, désarroi, besoin de mouvements, marches, fugues, impulsions, dont la principale est l'impulsion au suicide ; aspect affolé du visage, mimique du désespoir : plis naso-géniens, oméga. Le suicide est fréquent. A cette douleur morale trop intense, une seule issue apparaît possible pour éviter la souffrance et la mort, certaine, mais trop lente : c'est le devancement de cette mort. Il ne nous paraît pas inutile de retenir quelques notions psychologiques sur l'anxiété. L'anxiété représente l'attente d'un danger imminent. Ce danger apparaît considérable, mettant en jeu la vie du malade. C'est l'avertissement, la prémonition organo-psychique d'un terrible événement mettant en jeu l'instinct de conservation. C'est la méditation active de la mort. De plus la nature et la forme de ce danger sont inconnues, imprévisibles, entraînant l'incertitude, le désarroi, l'impossibilité d'une défense précise, d'où l'activité désordonnée du malade. Le troisième caractère de l'anxiété est d'entraîner une défense active mais désespérée. Le sujet lutte avec la certitude d'être débordé, mais ne peut cependant se résigner.

Ces caractères sont intéressants à noter. Ils nous expliquent pourquoi l'anxiété survient, avec une prédilection tout à fait élective, dans la mélancolie présénile dont elle est un des traits spécifiques. Medow

affirmait que l'anxiété n'est l'apanage certain que des mélancolies préséniles. Il y a sans doute là quelque exagération. Mais il est indéniable que la présénilité présente toutes les conditions favorisant l'éclosion de l'anxiété. L'état affectif pénible est presque normal à cet âge et, pour peu qu'il trouve un terrain pré-disposé, tend à une amplification intense et rapide. Ce sentiment de tristesse et d'inquiétude accompagne la certitude d'une décadence, d'une déchéance prochaine et progressive vers la vieillesse et la mort. La mélancolie présénile, disait Kraepelin, « n'est que l'expression malade de ce sentiment d'incapacité croissante particulière même au vieillard sain d'esprit, en opposition avec la force débordante des premières années ». Elle est, en effet la, conscience obscure de l'affaiblissement général de l'organisme. Elle est le reflet psychique du ralentissement de la vitalité. La présénilité est bien la 'prémonition objective de la mort.

Elle répond, par là, exactement à ce qu'est subjectivement l'anxiété. L'affectivité présénile a tous les caractères secondaires que nous avons reconnus à l'anxiété. Elle est pénible en raison d'un danger futur et prochain. Les préoccupations du sujet se tournent vers l'avenir et non vers le passé. Sans doute il y a quelque regret des erreurs ou des fautes passées. Mais chez lui la crainte de l'avenir inconnu est beaucoup plus intense que le remords. Le danger prévu est sans doute un danger vital, mais la façon dont frappera le destin est inconnue. C'est pourquoi ce danger

se traduit intellectuellement par la crainte de terribles malheurs prochains, d'origine humaine ou divine. Enfin l'évolution vers la déchéance et la mort semble inexorable, à juste titre d'ailleurs.

« Un élément particulier, dit Halberstadt, c'est la certitude de se trouver en face d'une situation définitive qui, en raison de l'âge, est sans issue. » L'homme jeune a la liberté de choisir, il a l'espoir de changer au besoin de situation, il peut encore lutter. Le présénile s'aperçoit quelquefois brusquement que la partie est jouée et perdue et que son existence a pris « un caractère définitif ». On comprend pourquoi la dépression revêt un aspect profond et invincible.

En dehors des paroxysmes anxieux et des réactions affectives dues à des idées délirantes, l'affectivité n'est pas touchée. Ces malades conservent la même affection à l'égard de leurs enfants, de leurs amis. Ils se plaignent de la diminution affective réelle ou apparente de leurs enfants. Toujours en dehors de leurs paroxysmes anxieux, ils sont capables d'éprouver des émotions en face des événements pénibles. Leur indifférence est nettement moins marquée que celle des intermittents.

Leur humeur est souvent hostile, leur caractère hargneux, se traduisant par du négativisme. En cela aussi ils diffèrent notablement des intermittents. On ne voit pas chez eux cet abandon, cette confiance, ce besoin de secours, de protection, de sympathie. On ne retrouve pas non plus cette reconnaissance à l'égard de ceux qui les plaignent et les consolent. La tristesse

passive, résignée des intermittents, est toute différente de l'anxiété des préséniles. Il y a chez les jeunes plus d'ennui, de lassitude, que de véritable douleur morale.

INTELLIGENCE. — En dehors des paroxysmes anxieux, où l'on observe l'obnubilation classique des facultés, il n'y a pas de troubles nets de l'intelligence. La mémoire des mélancoliques préséniles est intacte, l'orientation bonne, le contact avec la réalité ambiante ne faiblit pas. Ils ont beaucoup plus conscience qu'on ne le pourrait croire de ce qui se passe autour d'eux. L'attention, le jugement, sont suffisants. La personnalité reste intacte en ce sens qu'il n'y a pas de désagrégation de leur moi. Ces malades ont souvent, de façon intermittente, la conscience de leur état maladif. Ce qui caractérise le plus leur intelligence, comme d'ailleurs tout leur psychisme, c'est le rétrécissement du domaine intellectuel qui aboutit, par conséquent, à une certaine monotonie, à une certaine uniformisation de leur activité intellectuelle. En dehors de ce cercle restreint des idées, on peut voir chez certains une légère tendance à la persévération des éléments intellectuels, un léger défaut d'élasticité des associations mais souvent masqué par l'excitation due à l'anxiété. Ces caractères relèvent directement de la présénilité. Notamment, ce défaut de liquidité diffère, par des nuances cliniquement appréciables, lorsqu'on l'observe bien, du ralentissement psychique asthénique des maniaques dépressifs.

L'excitation de ces malades est parfois si marquée qu'on a pu se demander s'il s'agissait bien d'un état dépressif vrai. Certains ont considéré l'agitation anxieuse comme un véritable état mixte. En réalité, cette excitation psychique et psychomotrice n'a rien de commun avec l'hyperactivité mentale du maniaque. Kraepelin lui-même s'est refusé à cette assimilation de l'anxiété présénile avec un état mixte. Sans doute, la douleur morale, lorsqu'elle atteint un certain degré, devient excitatrice à la longue. Mais cette action athénique ne s'exerce plus sur un champ rétréci, elle ne parvient pas à vaincre complètement la viscosité associative des préséniles. Si la notion de dépression psychique se confond avec celle de diminution, d'impuissance, d'incapacité mentale, le fond de dépression est incontestable et apparaît nettement d'ailleurs dans les périodes interparoxystiques. Mais cette incapacité est toute différente de la dépression que l'on observe chez les intermittents. Ce qui domine chez ces derniers, c'est l'asthénie psychique, le ralentissement, la torpeur, l'apathie, que la volonté n'a plus l'énergie de vaincre. Il s'agit essentiellement d'une inhibition généralisée. En cela cet état est distinct de celui des préséniles. Chez ces derniers le phénomène d'arrêt est infiniment moins marqué. Le barrage de la volonté n'existe pas ou du moins n'est pas apparent. La stupeur ne s'observe à peu près jamais. Dreyfus, lui-même, reconnaît que la mélancolie présénile ne répond qu'à une « inhibition partielle ». Fahet opposait déjà l'asthénie psychique et physique

des jeunes mélancoliques à l'agitation monotone des vieux.

IDÉES DÉLIRANTES. — Les idées mélancoliques d'indignité, d'auto-accusation, d'expiation, sont banales dans toute mélancolie et nous n'insisterons pas sur elles. L'idée d'expiation céleste prochaine peut s'observer chez les personnes religieuses. Il existe des idées mélancoliques plus particulières et plus fréquentes : idées d'incapacité, d'impuissance définitive, de ruine matérielle. L'idée de suicide prédomine.

Les idées hypocondriaques sont à peu près constantes dans la mélancolie présénile. Il y a, à la base, l'état cénesthopathique vrai, amplifié par l'imagination. L'idée hypocondriaque la plus bénigne, mais à peu près constante, est la préoccupation des fonctions digestives, la crainte de ne pas aller à la selle. C'est une première amorce des idées de négation à localisation intestinale.

Les idées de négation associées aux idées d'immensité, d'immortalité, sont très rares sous cette forme exagérée et absurde. Elles sont déjà l'indice d'un affaiblissement intellectuel. Ce qu'on trouve fréquemment, c'est l'idée de défaut de fonctionnement de certains organes ou de paralysie. Les hallucinations aboutissent souvent à l'idée d'empoisonnement et au refus d'aliments. Signalons dans le domaine des idées de négation, une forme spéciale que l'on peut rencontrer chez les mélancoliques préséniles nullement affaiblis. C'est une sorte de négation psychologique.

Capgras a publié un cas très intéressant de méconnaissance systématique dans une mélancolie involutive non démentielle. Tandis que le délire de négation porte généralement sur l'organisme du sujet, ici il porte sur l'organisation du souvenir. Après avoir commencé par nier la mort de ses parents et de tous ceux qu'elle a connus, elle étend la méconnaissance à la plupart des événements de sa vie qu'elle qualifie de mensonges. Elle arrive à nier systématiquement tous les faits présents, disant que c'est une comédie imaginée pour la tromper. Il ne s'agit nullement d'un trouble de la mémoire. Ce sentiment d'étrangeté est lié à un état de doute et d'inquiétude. Sans que le tableau clinique atteigne cette continuité, nous avons observé d'autres cas de négation de faits évidents ou d'impressions de bizarreries des événements, sans qu'il y ait par ailleurs un trouble sensoriel ou amnésique, aucun défaut de perception et d'assimilation de la réalité.

Les idées de persécution sont très fréquentes dans la mélancolie présénile. Elles s'associent assez souvent à des idées mélancoliques, mais peuvent exister seules. Ces idées ont des caractères très particuliers. Elles sont, comme les idées mélancoliques et hypo-condriaques, subordonnées à la cénesthésie pénible. Elles sont toujours péjoratives à l'égard du malade. Elles sont, en quelque sorte, une transposition extérieure des idées d'auto-accusation. Ce sont des reproches que l'on fait au malade sur son passé. C'est l'aggravation de faits minimes ayant une ori-

gine réelle. C'est un retour sur le passé. Ces fautes seront punies de châtiments extrêmes. Il y a souvent des menaces d'empoisonnement. On voit que ce délire est alimenté par des hallucinations ou des interprétations, mais la malade bâtit tout de même un petit système délirant. Le caractère des châtiments promis est toujours extrêmement pénible. La malade se défend d'être coupable. Elle proteste contre ces accusations et déclare le châtiment immérité. Mais, chez beaucoup, la défense paraît impossible, d'où des réactions surtout anxieuses. Le délire, dont l'origine est l'anxiété, réagit à son tour en provoquant une recrudescence de cette anxiété. A ces idées de fausse culpabilité s'ajoutent aussi des idées liées à la méfiance de la sénilité commençante : idées spéciales de dépouillement, de ruine, à titre de châtiment, idée d'abandon du mari liée parfois à quelques idées de jalousie, idées de méchanceté des enfants, en particulier des beaux-enfants, du gendre, de la bru. On voit qu'il peut y avoir d'ailleurs tous les intermédiaires entre les idées mélancoliques et les idées de persécution. L'idée d'être une charge à la famille s'allie par exemple à celle de méchanceté des enfants. Le mélancolique présénile place souvent en lui-même la cause de son tourment. On lui en veut, mais il a mérité en partie cette disgrâce, cette hostilité. Pour d'autres malades la persécution apparaît sans motif et sans excuse. Certains de ces mélancoliques réagissent même par quelques impulsions, se montrent soupçonneux, méchants, peuvent en

venir à frapper. Le refus d'aliments est une forme assez fréquente des idées d'empoisonnement. Mais, même dans ce cas, le mélancolique persécuté se montre différent du paranoïaque. Il n'est jamais comme lui vaniteux, rempli du sentiment de son importance. Logre et Devaux ont dit que c'était la forme sociale de son sentiment d'impuissance. Ils ne sont justiciables que de la haine et du mépris des hommes. Ils demandent qu'on les achève, qu'on les tue. Le malade manifeste parfois quelque doute au sujet des accusations dont il est l'objet. Ce délire est souvent alimenté, non seulement par les hallucinations du jour, mais par les rêves. Il revêt parfois l'allure d'un délire onirique. La croyance en ces rêves peut persister dans la journée et la réaction à cet onirisme peut être également de type pantophibique. Il est à remarquer que chez ces mélancoliques le caractère centrifuge des idées, que Seglas considère comme essentiel, ne peut s'appliquer comme une particularité primordiale. La fréquence des idées de persécution est peut-être explicable encore par le caractère même de l'anxiété qui tend à placer les préoccupations du malade dans l'avenir plus que dans le passé. Nous avons signalé cette prédominance de la crainte de l'avenir sur le remords ; c'est pourquoi les idées d'auto-accusation sont parfois peu marquées. Au contraire, le présent et l'avenir paraissent pleins d'embûches plus ou moins méritées. Ce sont surtout les vengeances, les méchancetés, les supplices, qui sont à redouter. Les idées de persé-

cution et les idées hypochondriaques ont cette particularité essentielle qu'elles n'évoluent pas, ne se systématisent pas, ne s'étendent pas. A côté des idées pénibles de persécution résignée et de mélancolie se trouvent relativement fréquemment des idées de tendances sinon mégalomaniaques du moins expansives : idées de mariage, de divorce et remariage, ou encore des idées de grandeur liées au syndrome mélancolique, comme dans le syndrome de Cotard. Nous voulons parler de ces malades qui étendent leur délire à tout l'univers ou à un nombre considérable d'individus, qui croient que le monde entier leur en veut ou que leur faute portera malheur au monde entier. Quelquefois surgit une idée de satisfaction, de richesse, qui s'associe de façon bizarre à une idée mélancolique. C'est ainsi qu'une de nos malades nous déclare qu'on l'accuse d'être très riche et de ne vouloir faire aucun acte charitable avec son argent.

Gaup a noté aussi une certaine excitation sexuelle chez plusieurs de ses malades et parle même de phénomènes de type hystérique. On a pu observer quelquefois des actes de masturbation. On ne s'étonnera pas trop de cet atypisme. Comme le fait remarquer Halberstadt, le complexe sexuel joue un grand rôle dans la psychopathologie de l'âge pré-sénile, avec ses préoccupations d'ordre érotique (1). Ces

(1) La mélancolie représente pour Freud une régression libidinale à un stade pré-génital dans lequel la libido se manifeste sous une forme primitive. Le mélancolique retournerait contre lui-même ses tendances sadiques agressives.

préoccupations sont d'ailleurs teintées de regret, de tristesse : « La femme se rend compte qu'elle est devenue moins désirable, l'homme est affecté par la diminution de sa puissance génitale. »

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES IDÉES DÉLIRANTES. — Plus que dans tous les autres délires, ici, les idées délirantes sont centrées, colorées, par l'affectivité et même déterminées par elle. Elles forment, avec l'anxiété un tout qu'il est difficile de dissocier.

Ce délire est parfois intermittent. Il suit les fluctuations de l'état affectif. On peut le voir s'apaiser, se modifier au cours d'une même journée, augmenter le soir, le matin, parallèlement à l'anxiété et s'atténuer au milieu de la journée. La conviction délirante est certes bien réelle, mais elle peut être quelquefois interrompue au cours même de ces sortes de rémissions dont nous venons de parler, le malade disant : « Je sais bien que ce sont là des imaginations. »

Ce délire est toujours monotone, se cantonnant dans quelques idées souvent répétées.

Ces deux caractères, d'une certaine fixité et de doute intermittent, donnent à ces idées une allure qui rappelle parfois celle de l'obsession, le malade ne pouvant se débarrasser de son idée délirante et, d'autre part, ayant quelques doutes sur sa réalité. En raison aussi de la limitation du champ idéatif, on note toujours le peu de structure, de systématisation, du délire malgré l'excitation psychique.

HALLUCINATIONS. — Les hallucinations auditives sont extrêmement fréquentes chez les mélancoliques préséniles. Il est rare qu'on ne puisse les trouver, parfois à l'état très élémentaire, isolé. Ce sont elles qui alimentent les idées de persécution de ces malades. On pourrait même dire que le délire est surtout fait d'éléments sensoriels, la superstructure étant assez souvent insignifiante. Ce sont des reproches sur le passé et des menaces de mort, de supplice, de vengeance. Souvent la malade entend les voix de ses enfants ou de ses proches à qui l'on fait subir des supplices. C'est encore l'audition d'une foule qui les attend à la sortie pour les lyncher, les tuer. Le malade entend souvent prononcer son nom. Cette hallucination a été particulièrement signalée par Loewi qui en fait un élément symptomatique de l'inquiétude. Deux types d'hallucinations sont observés, des hallucinations survenant à l'état de veille et des hallucinations oniriques laissant un souvenir au malade. Le rôle des rêves dans la mélancolie présénile a été signalée par Regis, Chaslin.

Des visions sont parfois signalées relevant pour Halberstadt de l'imagination.

Les illusions sont fréquentes.

Les interprétations sont la règle. Citons quelques exemples empruntés aux observations d'Halberstadt. V... affirme que le curé prêche en n'ayant en vue que sa mauvaise conduite.

P... s'apercevant que certains malades marchent

la tête courbée, dit que c'est une allusion à ce qui l'attend : la guillotine.

ACTIVITÉ. — Elle est caractérisée, d'une façon générale, par l'intensité des réactions anxieuses : gémissements, lamentations, cris, larmes, besoin de déplacement, fugues du type anxieux, surtout tentatives de suicide. Les impulsions sont fréquentes, en dehors même des raptus anxieux et des impulsions au suicide. Le malade essaie de frapper son entourage, le conjoint, injurie les infirmières, tente de les égratigner, leur crache à la figure, s'oppose aux services qu'on veut lui rendre et aux soins qu'on veut lui donner. Le délire anxieux provoque parfois une telle agitation qu'il rappelle tout à fait l'agitation délirante hyperactive des alcooliques. On rencontre même dans les formes peu accentuées des phénomènes appelés dans le public énervement, avec trépignements, récriminations, qu'on ne rencontre pas dans la mélancolie des jeunes.

On observe parfois un véritable flot de paroles, les malades demandant à être tués immédiatement, ou protestant violemment contre les menaces qu'ils entendent. Dans l'intervalle des paroxysmes anxieux ils ne sont jamais absolument passifs, mais leur énervement et leur opposition restent toujours à fleur de peau. « Quelle différence — dit Gaussen — avec les jeunes mélancoliques dont les réactions sont toujours faibles, inachevées, qui ne réagissent toujours qu'à demi dans l'anxiété comme dans la stu-

peur. » Toutefois on note souvent, même en pleine anxiété et en dehors de toute paralysie, une certaine atonie des traits, un défaut de mobilité.

Le maniérisme est fréquent, constitué par l'exagération de l'expression douloureuse, particulièrement au moment de la visite du médecin. Il en est qui, sans avoir une peine morale extrêmement intense, poussent des cris, font des gestes de désespoir, ou se lamentent sur un ton déclamatoire. Le théâtralisme est fréquent. Citons encore les observations d'Halberstadt. Mme H... reste constamment les yeux fermés, s'assied à terre comme un tailleur. V... pousse des gémissements sur un ton artificiel avec un grand effort apparent et en détachant chaque syllabe.

Le négativisme se manifeste par l'opposition volontaire, systématique, pouvant aller jusqu'à la réaction contraire. Il est lié, non pas à un sentiment de fatigue comme chez quelques maniaques dépressifs, mais à un sentiment d'hostilité. Il montre, en tout cas, la conservation de la volonté. L'entêtement est sa manifestation la plus fréquente, sous la forme la plus simple. Il est souvent plus accentué : refus d'aliments, mutisme, quelquefois gâtisme volontaire. L'interrogatoire est souvent difficile.

Les autres caractères de l'activité chez ces malades sont le rétrécissement, les tendances stéréotypées de l'activité psycho-motrice. Medow a mis l'accent sur cette uniformisation des réactions psycho-motrices mais peut-être d'une façon exagérée. C'est pour lui l'évolution vers l'état qu'il qualifie

de figé. Dans la mélancolie présénile sans démence, ce que l'on constate c'est une tendance au rétrécissement de l'activité et du comportement. Ces malades sont dans un état d'excitation incontestable et même très marqué, mais qui se meut dans un cercle restreint.

Il n'y a pas d'inhibition psycho-motrice véritable. C'est ainsi que, dans les intervalles anxieux, quand il n'y a pas trop d'opposition, on arrive quelquefois à faire travailler ces malades. Il n'y a pas chez eux de barrage de la volonté. Ils n'éprouvent aucune difficulté pour parler et agir. Ils sont en tout guidés, déterminés, par leur anxiété.

SYNTHÈSE SYMPTOMATIQUE. — Si nous essayons maintenant de grouper ces divers symptômes en les rattachant à leur origine probable, nous arrivons à la distinction de trois catégories :

1^o Un syndrome de dépression psychique douloureuse, favorisé par une prédisposition héréditaire, constitutionnelle ou acquise.

2^o Un syndrome de psychopathologie présénile. C'est le fond sur lequel évolue la dépression psychique et qui lui donne son originalité, sa spécificité. Des éléments de ce syndrome on peut retenir surtout :

Le sentiment d'impuissance, d'incapacité, de déchéance progressive, définitive, irrémédiable, qui explique l'intensité de l'anxiété.

La cénesthopathie pénible spéciale à la présé-

nilité, d'où relève aussi l'anxiété et surtout les idées hypocondriaques et de négation.

Le sentiment de suspicion, d'hostilité, qui explique l'éclosion des idées de persécution et, de plus, la résistance, l'opposition, l'entêtement, l'humeur hargneuse allant parfois jusqu'à l'agressivité.

Le rétrécissement du champ psychique avec une certaine difficulté, un certain défaut de liquidité des associations. Cette particularité se traduit par le défaut de variété, la limitation de l'idéation et de l'activité. Cette monotonie tend à s'accroître et à aboutir à un état de plus en plus stéréotypé. La diminution du pouvoir de création, la faiblesse de la transformation des sensations et des sentiments en idées, qui relèvent du même processus, expliquent, d'une part, l'intensité et la fixité des troubles sensoriels et des idées délirantes élémentaires, d'autre part, le peu de structure, de systématisation du délire et son peu d'extension.

L'importance des préoccupations sexuelles. On ne s'étonnera pas d'observer des idées érotiques qui, au premier abord, pourraient paraître paradoxales au milieu du syndrome mélancolique. A un degré moindre c'est le besoin d'attirer l'attention qui se traduit par un certain maniérisme, une exagération des manifestations.

3° Un syndrome d'auto-intoxication. Des infections ou des intoxications minimes suffisent sans doute à rendre déficiente l'activité des émonctoires. C'est ce qui explique la fréquence de l'onirisme et

des hallucinations de type onirique, et même les réactions rappelant les réactions pantophobiques des alcooliques et des confus. On peut aussi noter l'aggravation de ces états sous l'influence de toxoinfections légères (petite intoxication intestinale par exemple, créant un onirisme accentué, qu'atténue aussitôt une thérapeutique désintoxicante).

A la fin de ce chapitre clinique, nous ne croyons pas devoir nous dispenser de citer cette admirable page de Maudsley, que Ritti rapporte dans son travail sur les Psychoses de la vieillesse : « Les personnes atteintes de cette affection sont extrêmement déprimées et tout ce qu'on leur propose éveille de l'angoisse ; elles se promènent dans leur chambre, dans leur maison, dans un état d'agitation continue. On ne peut leur persuader qu'elles ne sont pas ruinées et près d'être jetées sur le pavé et qu'un malheur terrible ne les menace pas, elles et leur famille : elles répètent continuellement les mêmes plaintes, poussent sans cesse des gémissements, interrompus seulement par des cris sauvages ou des hurlements d'angoisse... Leur perception est très rapide et leur mémoire exacte, malgré leur délire ; elles ont beaucoup plus de conscience de ce qui se fait autour d'elles qu'on ne le croit : elles sont très soupçonneuses, passionnées et méchantes en même temps ; elles frappent, égratignent et pincement celles qui leur donnent des soins et s'opposent aux services nécessaires qu'on leur rend. Parfois leur langage est tel que l'on s'étonne qu'elles aient jamais

su ce qu'elles disaient, il est parfois très obscène et accompagné de gestes indécents, grossiers et immodestes. »

Maudsley avait déjà, comme nous le voyons, observé parfaitement tous les signes de la mélancolie présénile. Il insistait d'ailleurs sur la gravité du pronostic, immédiat ou éloigné.

FORMES CLINIQUES

Ainsi que nous l'avons signalé plus haut, le nombre des formes décrites est considérable. En réalité, la symptomatologie est toujours complexe. Presque tous les éléments que nous avons décrits se retrouvent dans tous les cas. Quelques-uns seulement apparaissent en vedette. Le tableau clinique ne mérite donc une description particulière que lorsqu'une catégorie de signes est véritablement mise en relief. Mais il ne faut pas oublier que la recherche des autres signes permet le plus souvent de les déceler, et que, par conséquent, la description typique reste toujours schématique.

On ne saurait accorder une unité clinique réelle à telle forme isolée qui rentre dans le cadre général de la mélancolie présénile. Comme l'a dit Funfgeld : « Les efforts de classification sont restés vains et l'on n'arrive pas à séparer une forme d'une autre. » On pourrait, sans utilité, multiplier les formes cliniques. Nous croyons plus juste de limiter notre description à quelques types qui ont une originalité et une fréquence nettement marquée.

Nous retiendrons donc plus particulièrement les formes suivantes :

Forme à prédominance anxieuse ;

Forme à prédominance stéréotypée ;

Forme à prédominance négativiste ;

Forme à prédominance délirante.

Nous y ajouterons les formes bénignes.

Dans les descriptions classiques, on insistait beaucoup sur deux types, que l'on opposait volontiers : la mélancolie présénile sans prédisposition, la mélancolie présénile des prédisposés ou des dégénérés. Nous croyons que cette distinction n'est plus à retenir à l'heure actuelle. Ce n'est pas seulement parce que la notion de dégénérescence a beaucoup perdu de sa valeur nosologique, mais surtout pour deux autres raisons : tout d'abord une certaine prédisposition et toujours présente, et sans doute nécessaire, sans qu'il soit possible d'en doser le degré ; ensuite le processus de l'involution l'emporte de beaucoup, en valeur étiologique, sur la prédisposition. De la sorte, les quelques différences cliniques que peuvent créer les divers degrés de prédisposition apparaissent insignifiantes.

1) FORME ANXIEUSE. — Cette forme anxieuse est la plus habituelle de la mélancolie présénile. L'anxiété est généralement de type moyen. On ne peut isoler une forme véritablement anxieuse que lorsque l'anxiété y revêt une intensité très marquée. L'agitation est alors particulièrement intense. L'évo-

lution est assez fréquente vers l'affaiblissement intellectuel. De cette forme est à rapprocher la forme maligne pernicieuse, qui n'en est que l'exagération maxima. L'anxiété et le délire sont très marqués, l'agitation extrême, bien que limitée, stéréotypée. Les symptômes confusionnels sont plus intenses, rappelant parfois vers la fin le délire aigu. L'état organique est grave. On observe souvent des complications cardiaques, l'adynamie, la possibilité d'un syndrome avec troubles de la sécrétion urinaire et glycosurie, que l'on a pu rapporter à des lésions glandulaires aiguës ou à une atteinte de la région tubérienne. L'évolution se fait rapidement vers la mort.

Cette forme maligne a été signalée par Wernicke puis, Nitsche, Klarfeld, Doblin, Ziveri, Mees, Albrecht Oksala ; Nissl et Klarfeld ont insisté sur l'absence de lésions particulières de l'écorce cérébrale.

2) FORME STÉRÉOTYPÉE. — Elle est, après la forme anxieuse, la plus fréquente. Il est nécessaire d'ajouter que lorsque la mélancolie présénile se prolonge et tend vers la chronicité c'est, comme nous le verrons plus loin, cette forme que l'on observe le plus souvent. Elle est caractérisée par une limitation des troubles dans un domaine affectif, intellectuel et moteur très restreint. C'est souvent la répétition des mêmes lamentations, des mêmes gestes sous une forme en quelque sorte stéréotypée. Mais la réduction du champ psychique l'emporte sur la véritable répétition parfaitement identique. Cette forme se rap-

proche beaucoup de la période de début de cette psychose présénile que Medow a appelée « mélancolie figée ». L'expression ne nous paraît pas cependant exactement convenir. Il s'agit toujours en fait d'un état d'agitation et non de stupeur comme pourrait le laisser croire ce qualificatif. Medow donne d'ailleurs comme signe pathognomonique l'uniformité de l'idéation et du comportement. Les malades ont le même aspect physique, les mêmes paroles et les mêmes actes reviennent incessamment, et il finit par s'établir un état quasi-stéréotypé. D'après Medow, le début de cette psychose serait assez tardif et l'évolution très lente. La forme stéréotypée évolue d'ordinaire vers la chronicité. La présence de cet état stéréotypé ne saurait entraîner aucune confusion avec une schizophrénie tardive. Il n'y a ici aucun des autres symptômes essentiels de cette dernière psychose, en particulier aucune indifférence affective, aucun trouble dissociatif important.

Si l'on groupait ces deux formes pour en faire une forme anxieuse stéréotypée on désignerait ainsi le type le plus commun de la mélancolie présénile, celui que l'on pourrait appeler le type classique.

3) FORME NÉGATIVISTE. — Elle est caractérisée par l'exagération du négativisme, de la résistance et des réactions opposées. Ces malades sont inabornables, et leur interrogatoire impossible. L'agressivité est possible si l'on veut rompre cette opposition. La méfiance est généralisée, l'hostilité marquée, le refus

d'aliments très fréquent. Cette forme répond à ce que Van der Scheer a décrit sous le nom de « dysphrénie antitonique », ou du moins à la première période, non démentielle, de cette psychose. Elle apparaîtrait surtout chez des femmes de 45 à 55 ans. Le début est assez rapide. La maladie se développe en quelques mois. Il y a une certaine confusion partielle dit Van der Scheer. Les malades sont plutôt désarmés que désorientés. Elles ne semblent pas bien comprendre ce qui se passe autour d'elles. Il faut se mettre à plusieurs pour les déshabiller, leur faire prendre un bain, les forcer à se déplacer un peu. « On les voit tout d'une pièce sans qu'il y ait de stupeur vraie ni de raideur musculaire catatonique ». (Van der Scheer). Il y en a qui résistent au sommeil, telle une malade qui disait : je ne veux pas dormir et je ne dormirai pas (Halberstadt). Cette psychose évolue fréquemment (Van der Scheer dit « de façon constante ») vers un état d'affaiblissement intellectuel qui peut être qualifié de démentiel. Les symptômes de mélancolie anxieuse, qui dominent dans la première phase de la maladie, diminuent et font place aux tendances négativistes qui affectent de plus en plus un aspect uniforme. Puis les sujets semblent ne plus prendre intérêt à ce qui se passe autour d'eux, les stéréotypies sont de plus en plus marquées et la démence terminale s'installe, cependant que les phénomènes négativistes persistent, quoique d'intensité diminuée. Le processus tout entier peut durer pendant des années. On peut observer de courtes pé-

riodes d'amélioration. Déjà, à la suite de Kraepelin et de Spielmeyer, Arsimolles et Halberstadt avaient noté ces états préséniles avec négativisme, évoluant vers la démence. D'ailleurs, depuis longtemps, Guislain et Cotard avaient attiré l'attention sur cette folie d'opposition chez les négateurs.

4) FORME A PRÉDOMINANCE DÉLIRANTE. — Dans cette forme, au milieu des autres symptômes communs, les idées délirantes apparaissent avec une intensité toute particulière. Selon la prédominance de telle ou telle catégorie d'idées délirantes on peut distinguer :

Une forme à prédominance de délire mélancolique ;

Une forme à prédominance de délire hypochondriaque ;

Une forme à prédominance de délire de persécution ;

Une forme à prédominance d'idées délirantes polymorphes.

DÉLIRE MÉLANCOLIQUE. — Le type le plus banal est le délire mélancolique. On y rencontre des idées dépressives classiques d'auto-accusation, d'indignité, de culpabilité. Nous noterons seulement la prédominance des idées de ruine, d'incapacité, d'impuissance, d'expiation. Dans cette forme apparaissent aussi, avec une pareille intensité, les hallucinations auditives, les illusions, les interprétations. Le malade attend les supplices les plus effroyables.

DÉLIRE HYPOCONDRIAQUE. — C'est une forme très commune. A l'idée des maladies les plus diverses, s'associe toujours l'idée de l'incurabilité. Les affections du tube digestif sont les plus fréquemment invoquées. On rencontre assez souvent le délire d'obstruction intestinale, sur lequel Regis a particulièrement insisté. Dès lors on n'est pas loin des idées de négation. Le délire de négation, chez la plupart de nos malades, n'atteint pas les limites de l'absurde. On n'y voit pas les idées d'énormité et d'immortalité. L'idée de possession, elle aussi, n'est pas fréquente. Une de nos malades entend des voix qui vibrent désagréablement dans son ventre ; elle n'est cependant jamais parvenue à l'idée de possession.

Tous ces délires hypocondriaques sont essentiellement « des délires cénesthopathiques ». Ils correspondent aux délires hypocondriaques de Morel, aux délires de négation de Cotard, au délire mélancolique de Vallon et A. Marie. Ces délires offrent des caractères communs. Les troubles de la sensibilité spéciale et générale y occupent la première place. Le délire interprète des sensations réelles et des dysesthésies. Notons ici que lorsqu'on examine les observations publiées de délire de négation, on constate que la grande majorité des malades sont des femmes et que la plupart ont dépassé la ménopause. Il est à remarquer aussi que la plupart des malades périodiques, qui ont eu déjà de nombreux accès de mélancolie depuis leur jeunesse, attendent l'involution pour

devenir des négateurs. Le terrain présénile transforme la psychose en délire cénesthopathique.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION. — Nous avons insisté déjà sur les caractères des idées de persécution du mélancolique présénile et tenté d'expliquer leur genèse. Nous n'y reviendrons pas ici. Ces idées de persécution revêtent toutes une forme gravement péjorative pour le malade. Ce sont en fait des idées d'auto-accusation extériorisées et réfléchies de l'extérieur sur le malade lui-même. Elles représentent un compromis entre l'auto-dépréciation et le sentiment d'hostilité de l'entourage, hostilité qui est elle-même jugée parfois légitime.

On ne rencontre pas chez ces malades un terrain paranoïaque antérieur et cette prédisposition serait d'ailleurs inutile. Il ne s'agit pas de psychose associée. D'ailleurs, dans cette forme même où les idées de persécution ont une floraison anormale, elles ne sont jamais seules mais toujours associées à des idées mélancoliques ou hypocondriaques typiques. Enfin, ce délire n'est jamais systématisé et n'évolue pas vers une systématisation plus serrée. D'autre part, ces idées délirantes naissent en même temps que l'état anxieux et en suivant exactement l'évolution. On ne saurait donc confondre ce délire ni avec les vrais délires systématisés de persécution ou d'hypocondrie à réaction dépressive, ni avec les délires systématisés secondaires aux états mélancoliques décrits par Anglade, qui en diffèrent par leur persistance après la

disparition de l'accès mélancolique et par leur systématisation progressive. Les délires de persécution de la mélancolie présénile sont toujours pauvres, monotones, manquant de variété, dénués d'imagination.

DÉLIRE POLYMORPHE. — Sous ce nom, nous entendons l'association d'un délire pénible à un délire expansif. Cet amalgame donne à ces délires une note bien particulière. Nous en avons cité quelques exemples en décrivant ce que nous appelons les idées atypiques. C'est le cas de cette malade que l'on accuse d'être dénuée de tout sentiment de charité, malgré une fortune considérable. Ce sont ces malades qui croient que le monde entier s'intéresse à leur triste sort ou plus souvent cherche à les accabler. Les délires teintés d'érotisme ne sont pas rares. Capgras, Joaky et Ellenberger ont publié une observation intéressante de psychose présénile avec érotomanie, juxtaposée à un délire de négation. Les auteurs pensent qu'il s'agit là, non pas d'une psychose combinée à la fois paranoïaque et dépressive, mais d'une sorte d'état mixte tel que le conçoit Kraepelin, aucun élément de la constitution paranoïaque n'ayant pu être relevé dans les antécédents du malade. Il est à remarquer que chez ces malades, on peut voir de préférence un appoint de symptômes de la série maniaque, tels ceux que nous avons indiqués : maniérisme, impulsivité.

Rehm, puis Tahlbitzer, ont décrit un délire mélancolique.

colique fantasque. Halberstadt a consacré, en 1932, un travail à l'étude de cette forme caractérisée par la coexistence d'un délire mal systématisé avec des phénomènes circulaires marqués. Les idées y prennent un caractère « échevelé », « fantasque », « hétéroclite », sorte de processus de « fabulation et d'imagination ». Il semble que même le délire y prenne une allure absurde, incohérente, et que de véritables troubles démentiels puissent s'y observer. Pour notre part, nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer cette forme. Mais nous avons l'impression qu'elle répond à un stade plus avancé où l'affaiblissement psychique se fait déjà sentir. Son évolution serait quelque peu identique à celle du syndrome de Cotard. Quant à nous, nous n'avons jamais remarqué de signes notables d'incohérence et d'absurdité dans les délires mélancoliques préséniles.

FORMES BÉNIGNES. — Dans ces formes, tous les symptômes sont atténués. Il n'y a pas d'idée délirante, ni d'hallucinations. Mais l'anxiété et la nervosité ne manquent jamais. L'anxiété peut brusquement prendre une allure intense, sous la forme de véritables raptus anxieux. Comme le font remarquer Halberstadt et Arsimolles, le suicide est tout autant à redouter dans cette forme que dans celles d'allure plus intense.

SIGNES PHYSIQUES

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur les signes physiques de la mélancolie présénile, qui sont communément observés. Ce qui domine, c'est la diminution générale des sécrétions, les insuffisances organiques, la dénutrition. Nous n'insisterons pas sur la déficience des glandes à sécrétions internes, dont nous avons déjà parlé. On note la pâleur, la sécheresse des téguments, parfois l'hypothermie, le refroidissement des extrémités. On a signalé des cas d'asphyxie locale des extrémités (Ritti).

Au point de vue digestif, c'est l'anorexie, l'état saburral, la diminution de la sécrétion salivaire, la lenteur des digestions, l'atonie intestinale, les ptoses, la constipation, la fétidité de l'haleine. Il y aurait hypoacidité gastrique chez les déprimés, hyperacidité chez les anxieux (Orliac).

Au point de vue cardiovasculaire, il est classique de noter l'artériosclérose. C'est une constatation banale à cet âge. Il ne nous semble pas que ses manifestations y soient particulièrement marquées. La tension artérielle notamment se maintient en général, un peu au-dessus de la normale, sans élévation très

considérable. Dans plusieurs cas, nous avons même trouvé une tension normale. Cette hypertension, quand elle existe, n'a pas le caractère d'irréductibilité que l'on trouve dans les manifestations graves de l'artério-sclérose. Elle est toujours réductible, et sensible à des médicaments hypotenseurs comme la vagotonine. L'hypotension est assez rare. On peut observer des palpitations, de la fausse angine de poitrine. Un auteur allemand avait signalé de la coronarite que les observations anatomiques ultérieures ne semblent pas avoir retrouvée.

Au point de vue pulmonaire, la respiration est accélérée chez les anxieux, mais l'inspiration est irrégulière, saccadée.

Les fonctions génitales sont particulièrement atteintes : ménopause, impuissance.

La sensibilité générale est émoussée, les fonctions sensorielles affaiblies, la vigueur physique diminuée. Nous avons trouvé les réflexes généralement normaux. Rappelons en outre la fréquence de céphalées, d'algies diverses, l'insomnie, les cauchemars. L'hypersympathicotonie est fréquente chez les anxieux (Euzière, Margarot, Santenoise) avec inversion du réflexe oculo-cardiaque et augmentation du réflexe solaire.

Les fonctions hépatiques et rénales sont particulièrement troublées. On a noté la cholémie, l'azotémie, l'oligurie, l'albuminurie, l'hypophosphaturie, l'hyperuricémie, l'urobilinurie. Auber, M^{lle} Badonnel, ont montré que le rapport de Derrien-Clogne était

augmenté. Targowla et Lamache se sont attachés à l'étude du syndrome biologique des états mélancoliques. Ils ont observé d'importantes perturbations organiques portant sur le « métabolisme hydrocarboné, le métabolisme protéique, l'équilibre acide-base, les fonctions antitoxiques et d'élimination ». Ces auteurs signalent en outre un syndrome hémato-logique constitué par l'anémie, l'abaissement du taux de l'hémoglobine, une mononucléose à prédominance lymphocytaire. Paul Abely a observé fréquemment la glycosurie et l'a rattachée à l'insuffisance pancréatique.

Le caractère primordial du syndrome biologique de la mélancolie présénile est un processus d'inhibition générale des échanges. La dénutrition se traduit par un amaigrissement qui, dans certains cas particulièrement graves, peut revêtir l'allure de la cachexie tubérienne.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC

MARCHE DE LA MALADIE. — En général, la maladie s'installe progressivement. Les premiers symptômes sont l'impression douloureuse d'incapacité, d'inutilité, ou les idées hypocondriaques. L'anxiété se montre très précocement, sous la forme initiale d'inquiétude. Dans quelques cas, le début prend une allure subaiguë ou même aiguë. Un léger état confusionnel peut déclencher, semble-t-il, l'état mélancolique persistant.

L'évolution de la maladie s'effectue de façon progressive. Il est rare cependant qu'elle soit d'une régularité parfaite. Il y a des phases de légère amélioration où l'anxiété s'atténue et qui peuvent être suivies de phases plus graves. Les variations d'intensité, les saccades, sont assez fréquentes. Dans quelques cas, les rémissions sont plus marquées. Toutefois, il ne faut pas se hâter de conclure à une amélioration ou à une guérison définitive. Une de nos malades sortie dans ces conditions, s'est livrée au bout de quelques semaines, à une tentative de suicide. Nous avons observé des cas de guérison, au moins apparente, avec récurrence de la mélancolie au bout d'un ou deux

ans. Ce sont des cas de ce genre — on a cité des exemples de récidives multiples — qui ont pu donner lieu à l'hypothèse d'une psychose périodique présénile, rentrant dans le cadre général des psychoses maniaco-dépressives. Il nous paraît excessif d'établir ainsi une assimilation complète entre deux psychoses aussi différentes, en se basant sur des analogies apparentes. La vérité est que, dans l'intervalle de ces rémissions, le présénile reste un déprimé, que son état mental est instable, fragile, livré à la merci des moindres intoxications.

LES TERMINAISONS DE LA MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE.

— *Notions générales.* — Avant d'aborder cet important chapitre, quelques considérations générales nous paraissent indispensables. A la lecture des divers auteurs, on s'aperçoit avec surprise que les uns considèrent la mélancolie présénile comme une psychose essentiellement curable, sinon toujours curable, et que les autres la considèrent comme le stade initial d'une évolution inexorable vers la démence sénile ou vers une démence particulière.

Ces deux opinions extrêmes sont nettement exagérées. Il est curieux de rechercher l'origine de deux avis aussi dissemblables. On s'aperçoit qu'ils ont été guidés par des vues pathogéniques préconçues. Les uns estiment qu'une psychose présénile ne peut exister si elle n'est conditionnée par une sclérose cérébrale parenchymateuse ou artérielle et ne peuvent donc admettre une guérison possible, ou même une

évolution non démentielle, plus ou moins nette. Les autres ont adopté les idées doctrinales nosologiques de Kraepelin et, surtout, de ses élèves et continuateurs, allemands ou étrangers. Pour eux, la mélancolie présénile n'est qu'une forme de la psychose maniaque — dépressive et à ce titre aboutit en principe à la guérison de l'accès. Elle ne sombre jamais dans la démence. Mais, comme il est tout de même difficile de nier certaines évolutions démentielles, il est admis que toute mélancolie de cet âge qui évolue vers la démence n'est pas une vraie mélancolie présénile. On divise donc les psychoses préséniles dépressives en deux catégories : les mélancolies, les démences mélancoliques. Si un cas est catalogué dans une des deux catégories et ne suit pas l'évolution prévue, il s'agit tout simplement d'une erreur de diagnostic. On conçoit que dans ces conditions, la statistique des guérisons ou des améliorations dans la mélancolie présénile, dite vraie, ait été des plus brillantes. Si la psychose ne guérit pas, il s'agit en effet d'une démence primitive dont le début a été méconnu. On ne nous indique malheureusement pas — ou du moins, on ne nous fournit que des distinctions bien subtiles — le moyen de porter un pronostic précoce.

A ces conceptions, basées sur des données théoriques, nous opposons des notions tirées de la réalité clinique. Le fait incontestable, c'est qu'il y a des mélancolies préséniles qui guérissent, d'autres qui évoluent vers la chronicité ou l'affaiblissement

intellectuel, sans qu'il soit possible de porter un pronostic certain à la période initiale.

Les auteurs se sont efforcés d'établir un tableau clinique en quelques symptômes qui, dans cette phase primitive, seraient caractéristiques d'une évolution démentielle. Aucun de ces symptômes n'a de valeur pronostique réelle. Nous avons du, sur ce point, réviser nous-même notre opinion première. Nous avons cru, avec d'autres observateurs, que les stéréotypies, le négativisme, les idées de négation par exemple, étaient des signes à peu près certains, sinon de démence, du moins de chronicité. Or, dans un nombre important de cas, nous avons vu nos malades, ayant présenté ces signes défavorables, guérir complètement. Une malade que nous avons cru devoir condamner parce qu'elle se livrait à des manœuvres de masturbation, a pu sortir de l'asile très améliorée. Un seul symptôme nous a paru représenter un indice avant-coureur indiscutable de l'affaiblissement psychique : c'est l'amnésie lorsqu'elle suit une marche lentement progressive.

Nous pensons que lorsque la démence survient, c'est que la sclérose cérébrale fait sentir ses premières atteintes. Encore, remarquons-nous que cette démence atteint rarement un degré très marqué et évolue très lentement. On dirait que la mélancolie présénile préserve partiellement le malade d'une déchéance physique trop profonde, d'une sclérose trop généralisée. Peut-être cette lenteur évolutive est-

elle due à l'activité cérébrale relative qu'entretient encore l'excitation anxieuse.

Par ailleurs, à ceux qui pensent que l'artériosclérose cérébrale est la condition indispensable de la présénilité, nous ferons remarquer que des symptômes, que l'on trouve effectivement dans des états démentiels, peuvent ne pas être liés à des lésions véritables. En ces dernières années, bien des notions que l'on croyait inattaquables ont été modifiées, grâce surtout à l'étude des paralytiques généraux améliorés. Des symptômes d'affaiblissement intellectuel peuvent constituer, au moins momentanément, un simple indice d'insuffisance psychique fonctionnelle qui ne s'organise que plus tard pour être définitif. Il est possible que des facteurs divers : infections, émotions, provoquent cette insuffisance momentanée et que des influences favorables la fassent rétrocéder.

La mélancolie présénile nous apparaît ainsi, du moins à son stade initial, comme une sorte d'état de fragilité psycho-organique qu'un rien suffit à aggraver, mais qui peut aussi s'améliorer sous l'heureux effet d'une action contraire. Il est bien certain aussi que le mélancolique présénile, même guéri, restera toujours dans un état d'équilibre instable et l'on ne pourra s'étonner si, par les progrès de la présénilité, des récives semblent possibles et même une évolution ultérieure vers un état d'affaiblissement relatif.

Après ces notions générales, nous envisagerons les

terminaisons diverses de la mélancolie présénile. On peut distinguer tout d'abord les évolutions favorables, les évolutions défavorables.

LES TERMINAISONS FAVORABLES. — Ce sont les guérisons et les améliorations. Nous venons de voir que les statistiques publiées à ce sujet avaient besoin d'être révisées. Selon les auteurs, les proportions de guérisons varient de 13 % à 33 %, celles d'amélioration de 23 % à 55 %. La tendance actuelle paraît beaucoup moins optimiste. Halberstadt déclare que la mélancolie présénile « aboutit souvent — et peut-être dans la majorité des cas — à un certain affaiblissement intellectuel. Nous croyons nous aussi qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de l'évolution favorable de cette psychose. Sans vouloir apporter de chiffres précis, à la valeur desquels nous n'attachons qu'une importance relative, nous croyons qu'on est trop optimiste en admettant un quart de guérisons. Nous croyons être plus près de la vérité en acceptant l'amélioration nette de un sixième des cas.

Le pronostic est variable suivant l'âge. On a signalé encore de profondes variations selon le sexe. La mélancolie présénile apparaît beaucoup plus grave et plus longue chez la femme que chez l'homme. Il est juste d'ajouter que le nombre des mélancoliques hommes est fort peu élevé et qu'une statistique est dès lors fort difficile à établir. Les chances de guérison, enfin, deviennent plus problématiques à

mesure que la psychose se prolonge. La durée des accès est fort variable. La moyenne nous paraît être de 6 mois à 1 an. Mais on a vu des cas se prolonger des années. Capgras cite l'observation de deux malades sortis complètement guéris au bout de six ans de séjour à la maison de santé. En Allemagne, on a rapporté des cas de guérison après 10 ans et plus. Olivier et Teulière ont rapporté l'observation d'une malade guérie après 13 ans de mélancolie. Ce sont certainement des cas exceptionnels. N'oublions pas que le pronostic doit toujours être réservé, car des rechutes et une évolution ultérieure vers un état d'affaiblissement psychique sont toujours possibles.

LES TERMINAISONS DÉFAVORABLES. — Nous étudierons :

A) la mort au cours de l'accès mélancolique présénile.

B) le passage à la chronicité.

C) le passage à la démence.

A) La mort peut survenir par le suicide. Elle peut aussi être provoquée par un état d'épuisement, de fatigue, favorisée souvent par une maladie intercurrente. Nous avons signalé la possibilité d'une forme maligne avec agitation anxieuse très intense, aboutissant à un état adynamique avec complications cardiaques. Il est des cas où dans ses formes malignes, il apparaît difficile de donner une explication de la cachexie rapide qu'on observe. C'est dans ces

cas que l'on peut songer à une lésion des centres végétatifs.

B) *Terminaison par la chronicité.* — L'évolution de la maladie présénile vers la chronicité nous apparaît comme le cas typique habituel. Cette psychose évolue généralement vers un état de cristallisation de monotonie, de stéréotypie, dont nous avons vu l'ébauche à l'état aigu. C'est en quelque sorte, le processus naturel. Ce rétrécissement psychique et psycho-moteur de plus en plus marqué est l'apanage de l'involution et tend à se fixer et à s'intensifier avec elle.

Il faut d'ailleurs remarquer que les périodiques eux-mêmes, lorsque le processus de présénilité les atteint, aboutissent très souvent, eux aussi, à un état analogue. Cette remarque confirme l'action quasi spécifique de l'involution sur tous les états mentaux.

Les formes que nous avons distinguées : anxieuse, négativiste, délirante, subissent une sorte d'immobilisation de leurs symptômes, qui par ailleurs s'atténuent nettement.

Nous ne parlerons pas de la forme plus particulièrement stéréotypée où la direction évolutive est déjà polarisée.

En ce qui concerne la forme délirante, le délire en se cristallisant ne prend jamais une allure systématisée, mais reste toujours à l'état élémentaire. Le délire brûle, si l'on peut dire, l'étape de construction

structurale, l'enrichissement des délires chroniques systématisés, pour arriver aussitôt à la phase stéréotypée. On n'observe jamais de délire systématisé secondaire comme forme évolutive de la mélancolie présénile.

C) *Terminaison démentielle.* — Nous distinguerons :

1) les démences légères.

2) les démences graves.

1) *Démences légères.* — Il y a lieu de s'entendre sur ce qu'on doit appeler démence légère. Pour quelques-uns, le rétrécissement de la vie psychique qui devient fixe, « encapsulée », est un affaiblissement mental, une « dégradation de la personnalité », selon l'expression d'Halberstadt. Dans ce cas, la démence légère se confond avec ce que nous appelions tout à l'heure, la chronicité, la cristallisation. Et, de fait, c'est toujours là le caractère essentiel des diverses formes décrites de démence mélancolique présénile. Nous préfererions n'employer le terme de démence que lorsqu'apparaissent quelques troubles de la mémoire, quelques dysmnésies, et un léger fléchissement du jugement, favorisant l'adjonction d'idées délirantes incohérentes et absurdes au délire pauvre, mais de tenue correcte, de la période d'état. Il est certain que dans bien des cas, le tableau clinique des types anxieux et stéréotypés, notamment, de la démence mélancolique légère, se rapproche beaucoup de la forme simplement chronique de la mélancolie présénile.

Parmi ces démences mélancoliques légères, les plus intéressantes sont celles où l'on peut retrouver les diverses formes de la mélancolie présénile à sa période d'état, de sorte qu'il est possible de formuler un diagnostic rétrospectif du type primitif. Chacune de ces formes présente en effet une évolution assez spéciale, continuant le tableau initial sans trop le déformer. C'est ainsi qu'on peut décrire une démence anxieuse, une démence stéréotypée, une démence négativiste, une démence délirante.

Encore faut-il bien spécifier lorsque nous décrivons des formes spéciales d'évolution démentielle dont nous notons la concordance avec le tableau mélancolique primitif, nous n'entendons nullement indiquer par là que mélancolie et forme démentielle forment une entité clinique d'évolution fatale. Toutes les formes de la mélancolie présénile peuvent aussi bien guérir que passer à l'état chronique ou à l'état démentiel. Mais si telle forme évolue vers la démence, elle prendra de préférence une physionomie démentielle déterminée.

En cela, nous nous séparons des auteurs, surtout étrangers, pour qui les deux phases forment une maladie individualisée, la période mélancolique représentant la phase primitive de cette psychose démentielle.

Ceci dit, nous décrirons rapidement les divers types de démence mélancolique indiqués plus haut.

La démence mélancolique anxieuse est caractérisée par la persistance des manifestations anxieuses

marquées, avec gestes, mimique, lamentations, répétitions d'idées délirantes, de plus en plus réduits en variétés et de plus en plus stéréotypés. De plus, ces manifestations paraissent purement automatiques, sortes d'habitudes motrices, et ne peuvent plus traduire un véritable état affectif correspondant. On observe, par exemple, que le malade interrompt ses litanies pour exprimer une idée banale, une demande tout à fait terre à terre. Cette forme est très fréquente.

La démence mélancolique stéréotypée représente aussi un type très commun et qui se rapproche beaucoup de la mélancolie chronique. Ce qui est caractéristique, c'est l'uniformité extrême de l'activité. Certains de ces malades s'immobilisent même, dans des attitudes longtemps conservées, tandis qu'ils laissent échapper quelques plaintes ou quelques mots toujours identiques. C'est vraiment alors que convient particulièrement le qualificatif de mélancolie « figée ». C'est la phase évoluée de la forme décrite par Medow, qui insiste sur le caractère peu marqué de l'affaiblissement intellectuel, où l'on ne retrouve aucun signe net de démence sénile ou d'artério-sclérose cérébrale. Cette démence légère évolue très lentement et peut durer de nombreuses années (de 5 à 16 ans d'après les observations de Medow).

Dans la démence mélancolique négativiste, l'opposition atteint une généralisation extrême. C'est une attitude que l'on pourrait qualifier de systématique, si elle n'apparaissait bientôt comme dénuée de tout calcul délibéré.

Ce sont des malades dont il faut s'occuper comme des enfants — des enfants capricieux et difficiles. On est obligé de les nourrir à la sonde indéfiniment. Dans la forme décrite par Van der Scheer, l'évolution se fait vers un affaiblissement intellectuel plus net, « qui, en règle générale, peut être qualifié de démentiel ».

Dans la démence mélancolique délirante, même quand les idées délirantes prennent une allure absurde, on observe rarement un affaiblissement très marqué et l'évolution démentielle se montre très lente. Deux formes sont à souligner : l'une, bien connue, est le syndrome de Cotard avec son complément d'idées d'énormités, d'immortalité ; l'autre est le délire mélancolique fantasque, décrit par Rehm, repris par Halberstadt, avec son affaiblissement intellectuel léger.

2) *Démences graves.* — Ces démences graves sont assez rares.

a) *Démence mélancolique présénile.*

Parmi les types les mieux étudiés et qui gardent une réelle spécificité, indice de leur origine, se trouve la démence mélancolique présénile, bien décrite par Halberstadt, qui dit, en se basant sur les données de Kraepelin : « Ces malades conservent même à la phase ultime, les vestiges douloureux de leurs préoccupations morales initiales et restent par là même des mélancoliques. » Il est certain que les signes décrits rappellent beaucoup ceux que nous avons énumérés dans les formes démentielles légères. Le seul

point particulier est que l'affaiblissement affectif et intellectuel s'installe rapidement et définitivement et atteint un degré marqué. On doit vraiment ici parler de démence.

b) Mélancolie schizophrénique.

On a décrit des schizophrénies tardives. L'évolution de la mélancolie présénile vers un affaiblissement psychique de ce type est très controversée. Pour justifier une telle assimilation, on a retenu surtout les symptômes de stéréotypie et de négativisme, fréquents dans la démence mélancolique, dont l'affaiblissement psychique est d'ailleurs en général très léger. Ces signes ne sauraient suffire à justifier une étroite parenté avec la démence précoce. Il y manque des éléments essentiels, notamment la désagrégation de la personnalité.

c) Démence artérioscléreuse et sénile.

En dehors des formes dementielles légères que nous avons décrites plus haut, où l'on assiste très probablement à un assaut de la sclérose cérébrale sénile, qui, en général, évolue très lentement et très partiellement, la véritable démence à marche rapide et profonde de type organique ou sénile, représente chez le mélancolique présénile un véritable accident, une complication, dont il n'est pas plus indemne que tout autre vieillard. La proportion de ces démences profondes est très minime : on ne compte pas plus de 1 à 5 ‰ de cas. Il faut éviter ici une confusion. Il y a parfois, souvent même, au début ou au cours des démences organiques et séniles, des idées déli-

rantes mélancoliques à titre épisodique, secondaire. Ces symptômes sont dès l'origine noyés au milieu d'un tableau démentiel nettement dominant. Il ne s'agit pas là de mélancolie présénile, pas même de démence mélancolique présénile.

SITUATION NOSOLOGIQUE

Depuis que Kraepelin a soulevé la question de l'autonomie possible de la mélancolie présénile — pour revenir plus tard sur sa propre opinion — ce problème a fait couler beaucoup d'encre. Les multiples controverses qu'il a soulevées ont même pris parfois une forme véhémence. Aucun accord n'a pu se faire. Le litige persiste. Les études les plus récentes ne semblent pas avoir rallié davantage les opinions divergentes. Il semble cependant qu'une tendance se manifeste à nouveau, dans ces dernières années, en faveur de l'autonomie de la mélancolie présénile, fait intéressant, qui représente sans doute une réaction assez naturelle, disons cyclique. Chez les auteurs allemands même, ce revirement est appréciable. Citons parmi ceux-ci : Berger, Forster, Albrecht, O-Kant, Bunke, Bunge, Baumann, Gelarowski. Parmi les auteurs anglais ayant les mêmes tendances, mentionnons : Hoch, Mac Cardy, Gaunt. En France, Halberstadt, dont la compétence fait autorité en cette matière, se rallie à l'autonomie de la mélancolie d'involution. Malheureusement, un grand nombre de ces auteurs tendent, par contre,

à faire de cette psychose une simple préface de la démence artérioscléreuse ou sénile. C'est là un nouveau péril pour l'indépendance de la psychose qui nous occupe.

On nous permettra sur cette question de faire œuvre critique et d'apporter notre modeste contribution personnelle en prenant nettement parti. Nous sommes persuadés, en effet, que la mélancolie présénile représente bien une psychose autonome. Nous rapporterons les arguments connus et d'autres qui nous ont paru dignes d'être notés tout en tenant compte de certaines objections importantes des adversaires de cette indépendance.

Dans une première partie, nous établirons la séparation de la mélancolie présénile et de la psychose maniaque dépressive. Nous diviserons les arguments sur lesquels s'affrontent partisans et opposants en trois catégories :

- a) Arguments basés sur la multiplicité des accès.
- b) Arguments basés sur le tableau clinique de l'accès.
- c) Arguments basés sur l'évolution de chaque accès.

Dans une deuxième partie nous séparerons la mélancolie présénile des affaiblissements psychiques artérioscléreux.

I. — MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE

ET PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE

- a) Arguments basés sur la multiplicité des accès.

1^o *Accès antérieurs.* — La plupart des malades

présentant à la présénilité une mélancolie anxieuse n'ont pas eu d'accès antérieurs au cours de leur vie. Nous ne citerons pas les nombreuses statistiques qui ont été publiées à ce sujet. Elles sont trop souvent le reflet des opinions nosologiques de leurs auteurs. Selon les uns, 90 % des mélancoliques préséniles auraient été exempts de crises précédentes ; selon les autres, 40 % seulement. Entre les deux s'étagent tous les intermédiaires. Il n'en subsiste pas moins ce fait d'importance capitale, c'est que personne ne conteste la grande fréquence des cas où l'accès présénile est primitif ou, du moins, n'a pas été précédé d'un accès net. Nous avons dans notre étude systématiquement éliminé tous les cas où une crise antérieure pouvait être évoquée, afin d'éviter toute contestation possible sur la place nosologique de nos observations. Mais nous devons reconnaître que les cas que nous avons dû éliminer étaient rares.

A cet argument, très favorable à l'autonomie de la mélancolie présénile, les adversaires répondent qu'il faut tenir compte, dans les antécédents de ces malades, non pas seulement des manifestations dépressibles ou maniaques avérées, mais des manifestations minimales. Il faut prendre en considération les accès atténués ou avortés, les petits états dépressifs ou hypomaniaques qui ont pu passer inaperçus de l'entourage et même les oscillations cyclothymiques. Il était facile d'ironiser à ce sujet et l'on n'y a pas manqué. Si les moindres mouvements de

gaité ou de tristesse sont l'indice d'une psychose intermittente, tous les hommes sont des périodiques. Nous voyons cependant que de cet argument, qui paraît spécieux au premier abord, une idée est à retenir : c'est que pour faire un état mélancolique il faut une certaine prédisposition, même lorsqu'on est à l'âge de la sénescence. La présénilité ne suffit pas à provoquer la mélancolie. On voit des préséniles faire, pour la première fois, des accès maniaques. Comme nous y avons insisté au chapitre d'étiologie, il faut encore une prédisposition héréditaire, constitutionnelle ou acquise, une prédisposition spéciale, favorisant l'apparition des états anxieux. Sans vouloir, comme le faisait Magnan, effectuer des dosages de dégénérescence, il semble que chez ces malades la prédisposition est infiniment moindre que chez les jeunes périodiques. Manifestée au cours de la vie sous la forme atténuée du scrupule, de la morosité, elle est restée latente avec sans doute quelques petites poussées intermittentes. C'est la sénescence qui a permis le déclenchement de cette prédisposition, peut-être parce qu'à cette époque de l'existence, le contrôle, l'inhibition vigilante du psychisme se relâchent.

Mais cette constatation ne nous entraîne pas à englober la mélancolie présénile dans les psychoses périodiques. Si toutes les prédispositions, toutes les constitutions qui, manifestées antérieurement, favorisent plus tard l'éclosion d'une psychose, devaient être considérées comme des états intermittents

larvés, toutes les maladies mentales ne seraient plus que des psychoses périodiques. Le phénomène de la périodicité est d'un autre ordre et d'un mécanisme fort différent.

2^o *Accès postérieurs.* — Il est exact, répliquent encore les adversaires de l'autonomie, que l'accès mélancolique présénile est souvent le premier. Mais l'existence d'accès postérieurs montre bien qu'il s'agit d'une psychose intermittente.

Cette objection soulève, en somme, la question des psychoses périodiques tardives. L'existence de ces psychoses, apparues à la présénilité, est incontestable. Comme le montre Ducoste, l'involution, comme la puberté, est une époque favorable à l'éclosion des psychoses périodiques. Leur fréquence a été quelque peu exagérée, pour les besoins de la cause, par certains auteurs allemands. Elles sont, en réalité assez rares. Quoi qu'il en soit la différenciation entre la psychose périodique tardive et la mélancolie présénile est parfaitement possible lorsqu'il n'y a pas d'intrication entre les deux maladies. Les deux accès n'ont ni le même aspect clinique, ni la même évolution. Nous y reviendrons plus loin. Dans ce paragraphe nous ne nous occuperons que de différencier la marche successive des accès. Dans les cas typiques l'accès tardif périodique se reproduit identique ou sous forme maniaque. Dans la mélancolie présénile la guérison de la psychose est définitive, il n'y a pas d'intermittence. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le problème est

plus difficile lorsque la mélancolie présénile présente des rechutes, des récidives. Nous avons vu qu'il en était quelquefois ainsi, mais nous avons précisé déjà les caractères de ces reprises, qui ont invariablement, d'ailleurs, le même aspect anxieux. Elles ne sont pas le plus souvent séparées par de vraies guérisons, mais par de simples rémissions. De plus, dans ces intervalles mêmes, le malade reste dans un état de fragilité, d'instabilité organo-psychique qui conditionne la facilité des rechutes. Si un nouvel accès se produit il est toujours déclenché par une cause apparente, nettement déterminante : une toxi-infection, un choc émotif. Il en est tout autrement dans la psychose périodique tardive. La période intercalaire représente une rupture beaucoup plus manifeste avec l'état pathologique aigu ; souvent même l'humeur est de tonalité opposée ; il y a contraste entre l'accès et la période intercalaire. De plus, le mécanisme de la périodicité est certainement dissemblable. Aucune cause extérieure appréciable n'apparaît. On a l'impression ici d'une sorte de mouvement d'horlogerie qui se déroule inévitablement une fois remonté, insensible aux minimales perturbations incidentes, et qui déclanche, à l'heure fixée, des explosions intermittentes. On l'a comparé au mécanisme de la menstruation. La prédisposition, d'une nature d'ailleurs toute spéciale, paraît ici infiniment puissante, hautement active. La prédisposition des mélancoliques préséniles, dont nous avons reconnu l'existence, en diffère donc par son

degré fort minime. Elle s'en distingue aussi par sa nature même : chez l'intermittent, elle est avant tout, une tendance à la périodicité ; chez le mélancolique présénile, elle est simplement une tendance à l'anxiété.

b) Arguments basés sur le tableau clinique de l'accès.

Laissant de côté ce caractère si important de périodicité ou de non-périodicité, on doit se demander si le seul examen clinique ne révèle pas une différence appréciable entre l'accès des périodiques et l'accès des mélancoliques préséniles. Il ne peut y avoir de doute à ce sujet lorsqu'on compare la crise des jeunes intermittents et la crise des préséniles. Kraepelin avait déjà esquissé les éléments de cette différenciation. De nombreux auteurs ont apporté leur contribution à ce problème. Nous-même, au cours de notre exposé, avons essayé de préciser cette discrimination. Il ne nous paraît pas inutile de revenir ici rapidement sur quelques points déjà indiqués dans notre travail.

Tout d'abord le présénile est dans un état d'anxiété et d'agitation très intense, de douleur morale très active. Le périodique est dans un état de tristesse passive. Encore cette tristesse ne fait-elle que masquer une différence réelle. Ce qui le caractérise essentiellement, c'est l'inhibition psychique qui se manifeste également dans le domaine affectif, intellectuel et moteur.

On a fait remarquer qu'il y avait cependant, chez les préséniles, un fond de dépression. Nous nous

sommes expliqués sur ce point. Ce sentiment pénible de diminution des capacités professionnelles ou ménagères que l'on rencontre chez ces malades ne peut être comparé au sentiment d'engourdissement, de paralysie, d'arrêts, de sidération même, que l'on constate chez les périodiques. Ces deux sentiments relèvent certainement d'une pathogénie très différente. De l'avis de nombreux auteurs, il n'y a pas, chez les préséniles, de « barrage de la volonté » comme chez les périodiques. Gelarowsky remarque la plus grande fréquence des suicides réussis. Dreyfus lui-même, l'adversaire résolu de l'autonomie de la mélancolie présénile, doit reconnaître que l'inhibition psychique n'y est que partielle. Signalons encore, dans le même ordre d'idées, que si le périodique a quelques idées mélancoliques, toujours restreintes d'ailleurs, il les garde pour lui-même et ne les révèle qu'à grand'peine. Le présénile, au contraire, extériorise ses idées délirantes à grand fracas, les livre à tout le monde, sollicite d'être écouté.

A cet argument, les partisans de la fusion des deux psychoses opposent deux objections :

1^o On trouve toujours, disent-ils, une part, si minime soit-elle, d'inhibition dans la mélancolie présénile ; on la rencontre en particulier à la phase initiale et à la phase terminale. Nous ne pouvons, sur ce point, que répéter qu'il ne s'agit pas ici d'inhibition vraie, mais d'une dépression de type tout différent. Il nous paraît inexact, de plus, de soutenir que, dès le début de la mélancolie présénile, il n'y

ait pas déjà d'anxiété pouvant aboutir à des tentatives précoces de suicide.

2^o Le deuxième argument nous paraît plus important. Il consiste à voir dans la mélancolie présénile un « état mixte ». Précisons un peu ce fait. Ce qui est fort contestable, c'est qu'il s'agisse là d'un état circulaire. Kraepelin insistait déjà sur la constance et l'harmonie du tableau clinique de la mélancolie présénile. Ces malades restent, durant leur accès, identiques à eux-mêmes. Non seulement ils ne présentent pas de phase d'hypomanie, mais ils n'ont pas cette versatilité de l'humeur et du comportement des états mixtes périodiques. L'anxiété guide toutes leurs réactions, même celles qui peuvent paraître paradoxales. C'est dans un autre sens qu'il faut entendre ici le qualificatif d'état mixte. Il y a dans la mélancolie présénile un mélange, dans le même temps, de phénomènes de dépression et de phénomènes d'excitation. Nous ne sommes cependant, en aucune façon, de l'avis de Dreyfus, qui, pour étayer sa thèse, fait de la dépression une inhibition vraie et de l'anxiété une excitation de type pseudo-maniaque. Il nous paraît paradoxal de prétendre que l'anxiété n'est pas un état purement mélancolique. Par contre, ce que nous sommes tout près à admettre — nous l'avons déjà indiqué au chapitre de la symptomatologie — c'est qu'il y a souvent, dans le même temps, un mélange de phénomènes dépressifs et de phénomènes expansifs, le tableau clinique restant d'ailleurs uniforme au cours de

l'accès. Cet amalgame s'exagère même dans certaines formes. Mais nous accompagnerons cette conception de deux restrictions importantes : d'une part cet état mixte a des traits particuliers, presque spécifiques, les idées de persécution ou d'hostilité avec possibilité de réactions agressives y prennent une grande importance, ainsi que les idées hypochondriaques dont on sait la tendance à évoluer vers une phase mégalomélancolique. On n'observe rien de tel dans les états mixtes périodiques. D'autre part, conclure du caractère mixte de l'accès présénile à son assimilation avec la psychose périodique, c'est affirmer un postulat absolument théorique ; c'est considérer comme résolu le problème qui est précisément en litige. Nous sommes d'autant moins enclins à accepter cette conception que les éléments de cet état mixte nous paraissent relever très certainement de la psychopathologie présénile : tels le maniérisme, l'impulsivité et les préoccupations sexuelles, sans parler de l'anxiété qui paraît bien être l'apanage de la sénescence.

De cet exposé critique nous croyons pouvoir conclure que le tableau clinique de la mélancolie présénile est nettement différent de celui de la mélancolie périodique ou même de l'état mixte périodique. Cette conclusion nous paraît singulièrement renforcée par la constatation que nous avons faite à la fin du chapitre de symptomatologie, auquel on voudra bien se reporter. Dans un essai de synthèse des symptômes nous avons montré que toute

une catégorie de signes, ceux qui donnent son individualité au tableau clinique de la mélancolie involutive, sont conditionnés de la façon la plus étroite par la psychopathologie de la présénilité.

Ce chapitre ne serait pas complet si nous n'envisagions un des aspects les plus difficiles du problème que nous pose souvent la clinique. Nous venons d'exposer la différenciation nosologique entre l'accès mélancolique que nous observons chez le périodique jeune ou adulte et l'accès mélancolique présénile. La question se complique lorsque nous sommes en présence d'un périodique arrivé à la présénilité, ou d'un premier accès de périodicité tardive. Il ne s'agit plus ici d'une discrimination théorique, mais d'un véritable diagnostic. Nous supposons toujours, dans ce cas, que la notion d'accès antérieurs nous est inconnue. Dans cette situation, nous pouvons nous trouver en présence de deux alternatives :

1^o L'accès périodique revêt exactement la forme de la crise mélancolique de l'âge adulte avec son inhibition psychique et sa tristesse passive. Le diagnostic n'offre pas ici de difficulté. Ouvrons simplement une parenthèse pour constater que de tels accès peuvent s'observer plus fréquemment lorsqu'il s'agit de vieux périodique avec nombreux accès antérieurs, non exceptionnellement lorsqu'il s'agit de psychose intermittente tardive. Il semble que la présénilité n'a, dans ces cas, aucune action sur la psychose. Même chez le vieillard, il y a des états mélancoliques indépendants de la sénilité. Ceci nous

montre que le problème des rapports de l'involution et de la mélancolie est beaucoup plus complexe qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Le diagnostic entre la mélancolie présénile et la mélancolie périodique de la présénilité prend ici tout son intérêt parce qu'il permet presque, à coup sûr, dans le second cas, de porter un pronostic de guérison de l'accès avec récurrences possibles.

2° L'accès mélancolique périodique, qu'il soit le premier ou le successeur d'une longue série, subit l'influence de la présénilité. Nous avons dit plus haut, et le fait est bien connu, que souvent la psychopathologie de la présénilité et aussi ce processus inconnu d'où relève la vraie mélancolie présénile, exercent leur emprise sur la psychose périodique. Le tableau clinique se transforme et tend à s'identifier avec celui de la mélancolie d'involution. L'évolution même vers cet état typique d'automatisme stéréotypé se fait de la même façon. Nous ne voyons pas là une raison pour identifier la mélancolie involutive et la mélancolie périodique ; mais, au contraire, une preuve de plus de la spécificité de la psychose que nous étudions. Le diagnostic devient ici extrêmement difficile et délicat, en l'absence de la notion d'accès antérieurs ; il ne peut se baser que sur des nuances sujettes à caution ; aussi bien son intérêt est moindre puisque les indications pronostiques qu'on peut en tirer sont des plus minimales.

C) Arguments basés sur l'évolution de chaque accès.

L'accès mélancolique de la psychose périodique se termine, en règle générale, par la guérison. Il en est ainsi même si l'accès survient au delà de l'âge adulte. Le pronostic, nous l'avons dit, est toujours favorable, lorsque l'accès revêt la forme habituelle des crises mélancoliques. Les auteurs ont opposé, de façon d'ailleurs exagérée, à l'évolution favorable des accès périodiques, l'évolution défavorable des accès préséniles. Kraepelin lui-même a noté, dans sa première conception, la fréquence de l'évolution démentielle. On sait que, par la suite, ses disciples, pour des raisons purement nosologiques, ont décidé que les accès préséniles qui guérissaient appartenaient à la psychose maniaque dépressive et que ceux qui évoluaient vers l'affaiblissement psychique étaient les formes primitives de la démence, organique ou sénile. C'est là une discrimination arbitraire qui ne répond à aucune réalité clinique. Il est impossible en effet, en présence d'un accès présénile, de porter un pronostic de quelque valeur. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le pronostic de la mélancolie présénile est douteux, tandis qu'on peut, presque à coup sûr, affirmer la guérison de l'accès périodique typique. L'accès présénile peut guérir, mais il peut aussi évoluer de façon défavorable. Cette évolution ne se fait généralement pas d'ailleurs vers un état nettement démentiel, mais, de façon beaucoup plus constante, vers un état de chronicité, ou vers un état très voisin d'affaiblissement léger qui ne s'aggrave guère. Enfin, rappelons encore que l'accès mélanco-

lique périodique, survenant chez un présénile, lorsqu'il subit, du fait de la sénescence, une transformation le rapprochant cliniquement de la mélancolie involutive, suit exactement la même marche et comporte un pronostic identique. Toute différenciation évolutive est à ce moment à peu près impossible.

II MÉLANCOLIE PRÉSÉNILE ET DÉMENCE ARTÉRIO-SCLÉREUSE

L'autonomie de la mélancolie présénile n'a pas à se défendre seulement contre son encerclement par la psychose périodique, elle doit se protéger encore contre un autre danger qui la menace.

Nous avons déjà signalé à plusieurs reprises que pour de nombreux auteurs, la mélancolie présénile n'est, en quelque sorte, que la phase initiale de la démence organique ou sénile : c'est-à-dire, en somme, une démence primitive. Albrecht a de nouveau insisté sur ce point. Le rapport d'Anglade et la discussion de ce rapport au Congrès des aliénistes de Bordeaux, semble avoir donné un renouveau de vie à cette opinion que l'affaiblissement psychique artérioscléreux est la condition de la mélancolie-présénile. Au cours de notre travail, nous nous sommes élevés contre cette conception. Rappelons les arguments que nous avons invoqués.

Les états mélancoliques que l'on voit survenir au cours des états démentiels n'ont rien de commun avec la mélancolie présénile. A la période d'état de la mélancolie présénile, on ne trouve aucun signe psy-

chique, qui rappelle la démence artério-scléreuse. Plusieurs auteurs, en Allemagne, ont insisté sur ce point. C'est par une vue toute théorique de l'esprit que l'on attribue à l'artério-sclérose un ensemble de symptômes dont la pathogénie est autrement complexe. L'artério-sclérose vraie, indiscutable, nous apparaît comme un accident, une complication. Lorsqu'elle se produit, elle aboutit à un état démentiel vrai, dont les symptômes essentiels nous ont semblé être l'affaiblissement de la mémoire et du jugement, se traduisant par l'absurdité et l'incohérence des idées délirantes. Elle ne conditionne pas la cristallisation des symptômes, évolution habituelle des psychoses préséniles. Il est classique de signaler, faute de manifestations mentales, l'hypertension artérielle de ces malades. C'est encore là une notion à reviser. On trouve nombre de mélancoliques préséniles dont la tension est normale. Par ailleurs, une artério-sclérose évidente avec affaiblissement psychique, peut évoluer sans manifestation mélancolique. Bien mieux, nous avons pu observer une vieille périodique de 71 ans, chez qui est survenu un ictus suivi d'hémiplégie et dont l'accès suivant n'a présenté aucune modification du tableau habituel. Les préséniles, comme les périodiques âgés, d'ailleurs, semblent relativement préservés contre les évolutions rapides et les accidents des démences organiques. Les graves complications vasculaires ne surviennent, en réalité, que chez de vrais organiques amnésiques à manifestations dépressives secondaires

et épisodiques et d'ailleurs empreintes d'une incohérence idéative manifeste.

Le fait que des lésions ont été signalées à l'autopsie de mélancoliques préséniles ne nous convainc pas davantage. Les lésions minimales décrites sont banales. Lorsqu'elles sont plus intenses, on les observe à l'époque souvent tardive, démentielle, où l'on a l'occasion d'examiner le cerveau de ces anciens mélancoliques.

Enfin, la guérison incontestable de nombre de mélancoliques préséniles nous paraît incompatible avec une lésion définitive.

Les explications subtiles que l'on essaie de nous en donner, le rétablissement, par exemple, d'une sorte d'équilibre organique relatif, s'accommodant d'une lésion vasculaire généralisée, nous semblent inadmissibles et d'ailleurs improuvables.

Il est impossible d'expliquer une guérison si on n'admet, à la base de la mélancolie présénile, une insuffisance momentanée liée à des troubles d'origine fonctionnelle et non encore définitifs.

En somme, si, comme il est de règle en clinique, des formes de transition entre deux psychoses peuvent toujours être observées, dans un grand nombre de cas des frontières nettes peuvent être établies autour de la mélancolie présénile, tant du côté de la psychose périodique, que du côté de la démence artério-scléreuse.

TRAITEMENT

Nous passerons rapidement sur le traitement général de la mélancolie présénile. Les auteurs s'accordent à reconnaître l'influence néfaste du milieu familial et la nécessité de l'isolement. Le plus souvent, l'internement s'impose en raison du comportement du malade : refus d'aliments, idées de suicide, l'entourage ne pouvant plus donner les soins nécessaires, ni assurer une surveillance suffisante.

L'alitement doit être prescrit durant toute la période d'acuité de la maladie. L'alimentation doit être abondante et reconstituante. Sa base sera le lait et les œufs. Il faudra tenir compte, dans le régime, des affections organiques possibles du malade : hépatiques, rénales, cardio-vasculaires, etc. Dans le cas de sitiophobie, on procédera à l'alimentation artificielle, au moins deux fois par jour. Le sérum physiologique est un excellent moyen de remonter le malade. Il faut proscrire tous les excitants : alcool, vin, café. Il faut également lutter contre les troubles digestifs et urinaires : théobromine, tisanes abondantes, benzo-naphtol, purgatifs, lavements.

Il est souvent indiqué de relever le tonus neuro-

psychique de ces malades par des médications stimulantes ou reconstituantes. La strychnine est formellement contre-indiquée dans l'anxiété, mais la kola peut rendre quelque service. La médication de choix est l'arsenic sous forme de liqueur de Fuller ou de cacodylate de soude.

Contre l'agitation et l'insomnie, on donnera du somnifène, du véronal, des bains tièdes. Les douches sont contre-indiquées.

Le médicament, aujourd'hui classique de l'anxiété, est l'opium. On emploie le laudanum à doses progressivement croissantes, puis décroissantes. Le pantopon en injections hypodermiques a parfois été plus efficace. Dans la grande anxiété, le sédol est le médicament de choix. Le gluconate de calcium (1 gr. intra-veineux) a donné des résultats appréciables à Targowla. Le nucléinate de soude a été utilisé par Mignot. Laignel-Lavastine, Tinel ont usé avec succès de l'opothérapie hypophysaire. Le Pr Claude, Tinel, Santenoise, Dupouy, Montassut, préconisent le gardénal à doses fractionnées dans l'anxiété vagotonique. L'angioxyl a donné de bons résultats à Schiff-Trelles et Paul Abely. Dans l'anxiété sympathico-tonique, la vagotonine de Santenoise donne des résultats très appréciables. Desruelles a signalé les effets heureux observés sur ses malades. Nous-même avons obtenu des résultats très encourageants.

CONCLUSIONS

Notre but n'a pas été d'apporter une contribution entièrement originale à une question devenue classique, mais de faire une mise au point des opinions récentes en les examinant avec un esprit critique. De ce travail, nous soulignerons les conclusions suivantes :

ÉTIOLOGIE. — Des divers facteurs habituellement invoqués : l'âge, l'artério-sclérose, la ménopause, il y a lieu surtout de retenir le processus involutif dont le mécanisme est d'ailleurs inconnu. Mais si ce facteur est nécessaire, il n'est pas suffisant. Il faut lui adjoindre d'autres éléments indispensables. Le plus important est la prédisposition qui peut être héréditaire, constitutionnelle ou acquise et qui se traduit par un caractère soucieux, scrupuleux, émotif. Les autres éléments probables, mais plus difficiles à préciser, sont le rôle des glandes endocrines et la perturbation de centres neurovégétatifs localisés. Une cause occasionnelle vient enfin déclancher l'accès : toxi-infection, choc affectif, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — A côté des signes classiques

tels que l'anxiété et son cortège habituel de réactions psychiques, on trouve des symptômes quelque peu négligés et cependant très fréquents : idées de persécution à caractères spéciaux, négativisme, hostilité, rétrécissement du champ psychique et psychomoteur. Il faut ajouter à ce tableau un mélange d'idées expansives aux idées dépressives : du maniérisme, des préoccupations sexuelles qui donnent parfois l'allure d'un état mixte. Il est possible de faire une synthèse de tous ces symptômes. On peut les grouper en trois catégories selon leur origine, soit :

Un syndrome de dépression psychique.

Un syndrome de psychopathologie présénile, qui donne à la mélancolie d'involution sa spécificité.

Un syndrome accessoire, bien que rarement absent, d'autointoxication, se traduisant par des phénomènes voisins de l'onirisme.

Des signes physiques, nous avons retenu surtout les troubles endocriniens ou neurovégétatifs qu'il est difficile de discriminer.

FORMES CLINIQUES. — Il y a lieu de distinguer les formes suivantes bien que les symptômes soient en général complexes :

La forme anxieuse.

La forme stéréotypée.

La forme négativiste.

Les formes délirantes de type plus particulièrement mélancolique, hypocondriaque, paranoïaque ou polymorphe. Il existe enfin des formes bénignes.

ÉVOLUTION. — La marche de la maladie peut prendre une allure rémittente. L'évolution peut être favorable, c'est-à-dire aboutir à la guérison. Ces guérisons sont certaines. Toutefois, il y a lieu d'être moins optimiste qu'on ne l'était jusqu'à ces dernières années. Nous donnons la proportion d'un sixième de guérisons. Le sujet reste d'ailleurs en état de moindre résistance, de fragilité psychique. Certains symptômes considérés comme graves ne nous semblent pas incompatibles avec une amélioration : tels les stéréotypies, le négativisme, les idées de négation.

L'évolution peut être défavorable et aboutir à la mort (par adynamie ou cachexie), à la chronicité ou à la démence. La chronicité est l'évolution la plus habituelle. Elle se traduit par la cristallisation, l'uniformisation, la fixité du tableau clinique. La démence est, en général, légère et évolue très lentement ; elle peut prendre des types divers répondant aux formes de la période d'état (forme anxieuse, stéréotypée, ou figée, négativiste, délirante). On ne peut, à notre avis, affirmer l'état dementiel que lorsqu'on observe l'affaiblissement de la mémoire et du jugement. Les lésions cérébrales artério-scléreuses qui le conditionnent nous apparaissent comme une complication. La mélancolie présénile ne nous semble pas une forme primitive de démence. Elle reste très longtemps liée à un trouble dynamique, fonctionnel, susceptible de régression. Enfin, l'atrophie cérébrale de la démence sénile peut atteindre les mélancoliques involutifs.

NOSOLOGIE. — Nous prenons nettement parti pour l'autonomie de la mélancolie présénile. Nous la séparons, d'une part, de la démence artério-scléreuse (même à son stade initial) ; d'autre part, de la psychose maniaque dépressive périodique. De cette dernière elle se distingue par la rareté ou l'absence des accès antérieurs ; par les caractères dissemblables de la prédisposition ; par le mécanisme tout différent de la périodicité, des crises intermittentes et de la récidive possible des crises mélancoliques préséniles ; par les traits cliniques opposés des deux types d'accès, intimement liés dans la mélancolie présénile aux caractères si particuliers du processus involutif ; enfin, par l'évolution distincte de chaque accès.

THERAPEUTIQUE. — L'isolement du malade est indispensable. En dehors des indications connues, il y a lieu d'insister sur la thérapeutique de choc et sur les traitements neurovégétatifs et endocriniens, dont certains résultats, bien qu'encore imprécis, paraissent encourageants.

Vu :	Vu :
<i>Le Doyen,</i>	<i>Le Président de la thèse,</i>
G. ROUSSY.	H. CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABÉLY (P.). — *Les terminaisons de la mélancolie*. Thèse, Paris, 1923.
- ABÉLY (P.). — La mélancolie pancréatique. *Annales Médico-psychologiques*, 4 nov. 1930.
- ALBRECHT. — *Die funktionellen Psychosen d. Rückbildungsalters*. *Zeitschrift f. d. g. neurologie, orig.*, 1914, vol. XXII, p. 306.
- ANGLADE (R.). — *Les psychoses périodiques tardives*. Congrès de Bordeaux, 1931.
- ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Les troubles mentaux séniles et préséniles. *Paris médical*, 20-9-1913.
- BEYER. — Akute verworrenheit im klimakterium. *Archiv. f. psych.*, vol. XXIX, 1897, p. 182.
- BADONNEL (M^{lle}). — *Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie*. Thèse, Paris, 1924.
- BOUMAN. — *Involutions und prasenile Psychosen*, psychiatre, bladen, vol. XXXIII, 1929, p. 309.
- BUMKE. — Ueber die Umgrehzung d. M. D. Irreseins. *Centralblatt f. neurologie*, vol. XXXII, 1909, p. 381.
- CAPGRAS. — *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile*. Thèse, Paris, 1900.
- CAPGRAS, JOAKI, ELLENBERGER. — Psychose présénile. *Société médico-psychologique*, 13-7-1933.
- CHATOGNON, TRELLES et BALLARIN. — Troubles de l'utilisation et de l'élimination des corps azotés et hydro-carbonés dans deux cas de psychose involutive post-meisopausique. *Soc. cl. des Mal. ment.*, février 1930.
- CEILLIER. — Les mélancoliques anxieux persécutés. *Annales médico-psychologiques*, juin et juillet 1921.
- COTARD. — Du délire des négations. *Archives de neurologie*, 1882, v. Etudes 1891, p. 314.

- CRICHLEY. — *Discussion on the mental and physical symptoms of the pres. dementias*. Congrès de la Société Royale de médecine 1933, vol. XXVI, p. 1077. *Anal. Zentralblatt*, vol. LXIX, p. 231.
- DELMAS (P.). — *Etats mélancoliques prolongés*. Thèse, Paris, 1921.
- DEVAUX et LOGRE. — *Les anxieux*. Paris, 1917.
- DEVINE. — Discussion on the psychoses of the climacteric. *British medical. Association Liverpool*, 1912. *Br. méd.*, novembre 1912.
- DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin praticien*, 2^e édition.
- DOBLIN (Z.). — Pernizios verlaufenden Melanc. *Allgemeine Zeitschrift f. psychiatrie*, 1908, p. 361.
- DREYFUS. — *Die Melancolie*, Iéna, 1907.
- DUCOSTE. — De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. *Ann. Méd. psychol.*, 1907.
- EWALD. — *M. D. Irresein. Fortschritte d. neurologie*, janvier 1931 et mai 1932.
- FARRAR et MAC LAEHLAN FRANKS (R.). — Menopause and psychosis. *Am. journal of psychiatry*, vol. X, 1931, p. 1031.
- FLEURY (DE). — *Sur le retour de l'âge de l'homme*. Académie de Médecine, 21-12-1909.
- FORSTER. — *Die klin. Stellung d. Angetpsych.*, Berlin, 1910.
- FRIEDMANN. — *Ueber neurast. melancolie Monatschrift. f. psych.*, vol. XV, 1904, p. 301.
- FUNFGELD. — *Der symptomekomplex d. Rat. losigkeit b. einer inv. psychose Allg. Zeitschrift f. psych. Allg.*, vol. LXXVIII, 1922, p. 90.
- FUNFGELD. — *Die symtomen gestaltung d. inv. psychosen auf Grund klin. anat. Untersuchungen Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. XCVIII, 1932, p. 465.
- FUNFGELD. — Die angst. inv. psychosen. Congrès de Bade, 1932. *Centralblatt*, vol. LXV, 1933, p. 1.
- FUNFGELD. — Untersuchungen ueber die depr. psychosen d. Ruckbildungs alters. *Journal f. psychologie*, vol. XLV, 1933, p. 1.
- GAUSSEN. — *La Mélancolie présénile*. Thèse, Bordeaux, 1911.
- GAUNT. — Involutional melancholia. *Journal of nervous and mental dis.*, vol. LVII, 1923, p. 556.

- GAUPP. — Die depr. zustande d. höheren Alters. *Munchner med. Wochenschrift*, 1905, n° 32.
- GILAROWSKI. — *Traité de psychiatrie*, Moscou, 1931.
- GILAROWSKI. — Ueber die Rolle d. Arterio-sclerose in d. genese psych. Erkrankungen d' Voralters Allg. *Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. LXXXIV, 1926, p. 169.
- GILLESPIE. — *The clinical differentiation of the types of depression* guys hop. rep. 1929, anal. *Zentralblatt*, vol. LVI, p. 387.
- GILLESPIE. — *Discussion on the mental and physical symptoms of the pres. dementias*. Congrès de la Société Royale de médecine, 1933, vol. XXVI, p. 1077. *Anal. Zentralblatt*, vol. LXXI, p. 231.
- GLODSTEIN. — *Z. probl. d. angst*. *Zentralblatt*, vol. LV, 1930, p. 161.
- GREGG. — The prognostic value of arterial hypertension in the psychos of later life. *Arch. of neurology*.
- GRUNTHAL. — Die erworbenen Verblodungen. *Fortschritte d. Neurologie*, mai 1929.
- HALBERSTADT. — La psychose délirante présénile. *L'Encéphale*, juin 1923.
- HALBERSTADT. — La schizophrénie tardive. *L'Encéphale*, novembre 1925.
- HALBERSTADT. — La mélancolie présénile. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1928.
- HALBERSTADT. — Étude clinique de la démence mélancolique présénile. *Annales médico-psychologiques*, mai 1930.
- HALBERSTADT. — Un cas atypique de psychose présénile. *L'Encéphale*, novembre 1931.
- HALBERSTADT. — Étude d'une variété de psychose présénile. *L'Encéphale*, avril 1932.
- HALBERSTADT. — La dysphrénie antitonique. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1933.
- HANNARD. — *Le délire d'interprétation*. Thèse, Lille, 1911.
- HOCH et J. MAC CARDY. — The prognosis of involution mélancholia. *Amer. journal of pshchiatry*, vol. I, 1922, p. 433.
- HORST (V. DES). — *Die psychopathologie det Involut. psychosen* *Psych. bladen*, vol. XXXIII, 1929, p. 387.

- HOVEN. — Un cas de démente à la ménopause. *Journal de Neurologie*, février 1931.
- HUBNER. — Klinische studien uber die melancholie. *Arch. f. psychiatrie*, vol. XLIII, 1907, p. 505.
- HUBNER. — Ueber die klinische Stellung d. Involutions mel. Allg. *Zeitschrift f. psychiatrie*, 1907, p. 491.
- HUBNER. — Ueber die M. D. Aulage und einige ihrer Auslaufer *Arch. f. psychiatrie*, vol. LX, 1919, p. 783.
- JACOBI. — Die psychosen in Klimakterium und in d. Involution. *Arch. f. psychiatrie*, vol. XC, 1930, p. 595.
- JACOBI. — *Psychosen in Klimakterium. Klin. Woch.*, 26-7-1930.
- JACOBI. — Die psychosen und psychoneurosen in d. Involution d. Mannes. *Archives f. psychiatrie*, vol. XCIII, 1931, p. 358.
- JACOBI. — Die prognose d. Ruckbildungs depression. *Archives f. psychiatrie*, vol. XCV, 1931, p. 423.
- JANOTA. — *Psychose dépressive et paranoïde d'involution avec traits hystériques*. Prague, 1932. *Annales Rev. neur.*, août 1933.
- JELGERSMA. — Paranoia des vieillards, 1911. *Zeitschrift f. d. g. neurologie ref.*, vol. IV, p. 1143.
- KANT (O.). — Z. structur analyse d. klimakt psychosen *Zeitschrift f. d. g. neurologie*, vol. CIV, p. 174.
- KANT (O.). — *Psychologie d. depression* *Zeitschrift f. d. g. neurologie*, vol. CXIII, 1928, p. 255.
- KEHERER. — *Die psychosen d. um und Ruckbildungsalters Zentralblatt*, vol. XXV, 1921, p. 1.
- KLEIST. — *Die inv. paranoia Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. LXX, 1913, p. 1.
- KRAEPELIN. — *Traité*, 3^e édition, vol. II, 1910.
- KRAEPELIN. — *Leçons cliniques*, 4^e édition, vol. III, 1921.
- KRAKAUER. — Die melancholie die frauen nach dem klimakterium. Thèse, Breslau, 1884. *Anal. Allg. Zeitschrift*, vol. XL, p. 384.
- KRYSPIN-EXNER. — *Beitrag z. symptomat. d. psychosen in d. Umbildungsjahren archiv. f. psychiatrie*, vol. LXIX, 1923, p. 396.
- KRYSPIN-EXNER. — *Ueber Verlaufs formen von Psychosen d. höheren Lebensalters archives f. psychiatrie*, vol. LXX, 1924, p. 369.

- LANGE. — *Ueber melancholie Zeitschrift f. d. g. neurologie*, vol. CI, 1926, p. 293.
- LANGE. — *Paranoïde psychosen in hoheren Alter Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. LXXXV, 1926, p. 98.
- LANGE. — *Psychose maniaco-dépressive*, 6^e vol. du *Traité de Bumke*, 1928.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ et DELMAS. — *La pratique psychiatrique*.
- LHERMITTE et NICOLAS. — La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques. *L'Encéphale*, 1924, nos 9 et 10.
- LJUSTERNIK. — *Les psychoses préséniles*. Travaux de la clinique de Moscou, 1927 et 1928.
- LOMER. — *Das Verhaltnis d. inv. psychosen z. juvenilen Domenz Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. LXII, 1905, p. 769.
- LOEWY. — *Ueber eine Unruheerscheinung jahrb. f. psychiatrie*, vol. XXXIII, 1912, p. 1.
- MEDOW. — *Eine gruppe depr. Psychosen d. Ruckbildungsalters mit ungünstiger Prognose Archives f. psychiatrie*, vol. LXIV, 1921, p. 480.
- MEES. — *Ein Fall von pernizios verlaufender Melancholie psychiatrie en neur. bladen*, vol. XVI, 1912, p. 64.
- MENDEL. — *Die Wechseljahre d. Mannes Zentralblatt*, vol. XXIV, 1922, p. 385.
- MINKOWSKI et TISON. — Essai sur la structure des états de dépression presby ophrénique. *Journ. de psychologie*, oct. 1928.
- MIRELSON. — Sur une modification particulière de l'affectivité dans les psychoses préséniles. *Journal médical d'Odessa*, 1929. *Anal. Zentralblatt*, vol. LIV, p. 710.
- MOLIN DE TEYSSIEU. — *La manie présénile*. Thèse, Bordeaux, 1911.
- MULLER. — *M. D. Irresein und D. P. Zentralblatt*, vol. XXVIII, 1922, p. 145.
- NICOLAUER. — Z. frage d. Spatkatatonie. Breslau, 1912. *Annal. Zeitschrift f. d. g. neurologie ref.*, vol. VI, p. 1080.
- NITSCHKE. — *Prasenile Angstpsychose Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. LXII, 1905, p. 864.
- OKSALA. — *Ein Beitrag z. Keuntnis d. prasenilen Psychosen Zeitschrift f. d. g. neurologie*, vol. LXXXI, 1923, p. 1.

- OLIVIER et TEULIÈRE. — La mélancolie anxieuse et sa curabilité. *Annales médico-psychologiques*, 1919, p. 419.
- PECHARMAN. — *Essai sur les psychoses de la vieillesse*. Thèse, Paris, 1893.
- PETREN. — *Guérisons tardives des psychoses*. Thèse, Stockholm, 1908 ; *Word. med. archiv.*, cité par ROBERT.
- REGIS. — *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., 1923.
- REHME. — *Depressiver Wahnium Zentralblatt f. Nervenheilkunde*, 1910, p. 41.
- RIDDOCH. — A paper on nervous and mental manifestations of the climacteric. *British méd. journal*, 13-12-30.
- ROQUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie*, 6^e édition, 1923.
- RUNGE. — *Die Geisstessörungen d. Umbildungsalters*. Traité de Bumke, vol. VIII, 1930.
- SCHIFF et TRELLE. — Les effets de l'angioxyl dans la mélancolie avec anxiété. *Soc. de psychiatrie*, 23 mars 1930.
- VAN DER SCHEER. — *Dysphrenia antitonica psych. neurol. Wochenschrift*, 1927, p. 229.
- SCHULTE. — *Das Angstsymptom Monatschrift f. psychiatrie*, vol. LXXIII, 1929, p. 293.
- SEGLAS. — Psychoses séniles. *Progrès médical*, 27-10-88.
- STERN. — *Psychoses dues à l'artério-sclérose cérébrale*, VIII^e vol. du Traité de Bumke, 1930.
- TARGOWLA et LAMACHE. — Le syndrome biologique de la mélancolie. *Encéphale*, 1926.
- THALBITZER. — Melancholie und depression. *Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, 1905, p. 775.
- WERNICKE. — Angstpsychosen. *Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, 1895, p. 1020.
- ZIVERI. — Psicosi ansiosa confusa infausta di Wernicke. *Kraepelin. Rivista sperim. di freniatria*, vol. XXXVI, 1910.
- ZIVERI. — *Il reperto istopatologico in un caso di ps anciosa rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. XV, 1910, p. 521.
- ZWEIG. — D. P. jenseits d. 30 Jahres. *Archiv. f. Psychiatrie*, vol. XLIV, 1908, p. 1015.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Limitation. Définition	3
Historique.	6
Etiologie. Pathogénie.....	9
Symptomatologie	21
Formes cliniques.....	41
Signes physiques.....	51
Évolution et pronostic	54
Situation nosologique	68
Traitement	84
Conclusions	86
Bibliographie.....	91

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 19-3-1935.

